



# DOCTORADO EN EDUCACIÓN

## Título de la tesis

“Representaciones sociales de salud y enfermedad infantil: concepciones y prácticas de maestros, encargados de crianza y profesionales de la salud en Rosario (Argentina).”

## Autor

Facundo Corvalán

## Director

José Luis Linaza Iglesias

## Co-Director

Basilio Félix Temporetti - Masset

A las Cristinas que me han educado en valores y empatía social,  
a los padres y madres que me han cuidado más allá de todo,  
a las complicidades y al Amor que me empuja  
y a esas infancias que me provocan cotidianamente para renacer sin miedos.

“Representaciones sociales de salud y enfermedad infantil: concepciones y prácticas de maestros, encargados de crianza y profesionales de la salud en Rosario (Argentina).”

## Resumen

La presente tesis es producto de una investigación sobre representaciones sociales acerca de la salud y enfermedad infantil. Las representaciones consideradas son las de actores claves en el desarrollo de la infancia: maestros, encargados de crianza y profesionales de salud en la ciudad de Rosario (Argentina). Para este trabajo se compararon dos espacios sociales relativos a las necesidades básicas insatisfechas.

Primeramente fue necesaria una profundización conceptual de la teoría para articularla a la problemática educativa de las representaciones y poder así tomar un posicionamiento metodológico. Se asume una perspectiva hermenéutica interpretativa que busca comprender las representaciones de los grupos en relación a las prácticas cotidianas en el campo de la infancia. Se realiza un análisis conceptual de los conceptos de infancia, de salud, de enfermedad y de educación. Este análisis se contrasta con las concepciones de los actores e instituciones involucradas. Luego del trabajo de campo y del análisis de las entrevistas (16 entrevistas a docentes, 16 entrevistas a encargados de crianza y 16 entrevistas a pediatras) se llega a la conclusión de que existen diferentes modelos de salud y educación infantil acorde a cada espacio social.

En el espacio social de malas condiciones de vida aparece un modelo ligado a la subsistencia y al cumplimiento de necesidades vitales, las prácticas están ligadas exclusivamente en lo biológico y al control de los cuerpos. En el espacio social de muy buenas condiciones de vida aparece un modelo ligado a la calidad de vida, a la potenciación de habilidades múltiples y desarrollo de dimensiones intelectuales y afectivas.

Se encuentran diferencias significativas en las prácticas, concepciones e informaciones entre los grupos y entre los espacios sociales. El individualismo, la patologización y la incidencia de criterios psiquiátricos inciden profundamente en las lógicas de trabajo con las diferentes infancias.

## Abstract

This thesis is the product of research on social representations of children's health and disease. The representations considered are those of key actors in the development of childhood: teachers, caregivers and health professionals in the city of Rosario (Argentina). For this work, two social spaces related to Unsatisfied Basic Needs were compared.

First of all, a conceptual deepening of the theory was necessary in order to articulate it to the educational problems of the representations and thus be able to take a methodological position. An interpretative hermeneutic perspective is assumed that seeks to understand the representations of the groups in relation to the daily practices in the field of childhood. A conceptual analysis of the concepts of childhood, health, illness and education is carried out. This analysis is contrasted with the conceptions of the actors and institutions involved. After the field work and the analysis of the interviews (16 interviews with teachers, 16 interviews with caregivers and 16 interviews with pediatricians), it is concluded that there are different models of child health and education according to each social space.

In the social space of poor living conditions, there is a model linked to subsistence and the fulfillment of vital needs; the practices are exclusively linked to the biological and control of the bodies. In the social space of very good living conditions there is a model linked to the quality of life, the empowerment of multiple abilities and the development of intellectual and affective dimensions.

There are significant differences in practices, conceptions and information between groups and between social spaces. Individualism, pathologization and the incidence of psychiatric criteria have a profound impact on the logics of working with different children.

Introducción	1
Capítulo 1. La problemática de las representaciones sociales en el campo de la educación y salud	
I.    Problematizando las problemáticas en las Ciencias de la Educación	7
II.   La búsqueda de la salud y de la enfermedad infantil: Descripción general del problema	9
III.  ¿Por qué estudiar sobre la infancia?	10
IV.   ¿Por qué estudiar sobre las representaciones sociales?	12
V.    ¿Por qué estudiar sobre las representaciones sociales de salud infantil de maestros, encargados de crianza y profesionales de salud?	14
VI.   Consideraciones finales	17
Capítulo 2. Posicionamiento teórico y retos del campo educativo	
I.    El lugar de la teoría en las investigaciones educativas	20
II.   El campo “Psi” y las representaciones sociales	25
III.  El desafío de las representaciones sociales	28
IV.   La naturaleza de las representaciones sociales y sus diálogos con otros enfoques	31
V.    Incertidumbres de quienes trabajan con representaciones sociales	33
VI.   Producciones y significados sobre las representaciones sociales	35
VII.  Límites y posibilidades de la teoría	37
Capítulo 3. Posicionamiento metodológico y retos del campo educativo	
I.    La metodología como campo de decisiones	43
II.   Las representaciones sociales y las opciones metodológicas	45
III.  Descripción del enfoque metodológico asumido en esta investigación	48
IV.   La propuesta metodológica de la Psicología Cultural para estudios educativos	55
V.    Hacia una Epidemiología cultural y crítica	60
Capítulo 4. . Las infancias representadas	
I.    Introducción	66
II.   ¿Qué es la infancia?	67
III.  Los derechos en juego	76
IV.   Las instituciones de lo esperable	84

V.	Algunas consideraciones sobre la cultura en la infancia	90
Capítulo 5. La salud infantil en las representaciones		
I.	¿Qué es la salud? La historia y la cultura en la discusión	100
II.	¿Qué es un niño sano?	104
III.	Representaciones de salud infantil en los actores	106
IV.	Consideraciones finales	116
Capítulo 6. La enfermedad infantil en las representaciones		
I.	¿Qué es la enfermedad? Hacia la enfermedad infantil	120
II.	¿Qué es la enfermedad infantil?	125
III.	Representaciones de enfermedad infantil de los actores	131
IV.	Consideraciones finales	137
Capítulo 7. La educación y las representaciones de salud y enfermedad infantil		
I.	La educación y/o la salud-enfermedad	143
II.	La enfermedad infantil como respuesta	147
III.	La cultura actual y el lugar de las escuelas	151
IV.	La Escuela como el lugar de la enfermedad infantil	157
.		
Capítulo 8. Prácticas con o contra las infancias		
I.	Las representaciones sociales entre los enunciados y las acciones	164
II.	La representación entre los conceptos y las posibilidades de las prácticas	166
III.	Las prácticas médicas en los diferentes espacios sociales	168
IV.	Breve recorrido histórico de los cuidados y descuidados	174
V.	Las infancias individualizadas y separadas	177
VI.	Reflexiones finales	182
Capítulo 9. Los modelos educativos y de salud a través de las representaciones sociales		
I.	La salud y enfermedad infantil en la propuesta metodológica de las representaciones sociales	190
II.	Las diferencias sociales en las representaciones y los modelos de salud/educación: de la supervivencia a la calidad de vida	197
Capítulo 10. Consideraciones finales de la tesis		
I.	La pobreza como campo simbólico y material	209
II.	Líneas de investigación que se abren a partir de este estudio	210

## Introducción

Al momento de volcar en una tesis los contenidos de una investigación aparecen varios desafíos de diversa índole. El cumplimiento de estos desafíos, en esta tesis, interesará seguramente a todos aquellos investigadores, profesionales y actores sociales que de una u otra manera se responsabilizan por el campo de la infancia y la educación. El poder compartir con diferentes colectivos sociales los contenidos de una investigación científica constituye el primer desafío general de este trabajo.

Otro desafío implica la voluntad de escribir algo que sea leído. La dificultad actual en el terreno de la escritura científica no se encuentra tanto en el escribir ni en el publicar sino en el ser leído. Es sorprendente la cantidad de revistas, tesis publicadas, papers, libros que se multiplican y difunden continuamente. En la actual vorágine de ser considerados en las revistas de “alto impacto” muchos de los investigadores focalizan más sus esfuerzos en materias editoriales que en las cuestiones referentes al contenido de sus investigaciones. Esto ha llevado a la publicación apresurada de numerosos trabajos que hasta el momento, sus resultados, no habían sido fehacientemente probados. Hay publicaciones de “alto impacto” en donde las revistas, ante una mínima supervisión de la comunidad científica, han tenido que retractarse por errores o fraudes a posteriori (Bär, 2014).

En esta cultura académica del “publico, luego existo”, es oportuno asumir la importancia del escribir y publicar no solamente por el hecho de ser indexado, sino para poder tener la posibilidad de ser leído y comprendido. Es imprescindible en función de esto, tomar conciencia del aspecto lingüístico del conocimiento científico y de pensar en el interés de los posibles lectores, sumado al desafío de construir conocimientos fundados (Temporetti, Madile, Corvalán, Nicolau, Nicolau, 2012). Todas las teorías científicas están implicadas en historias humanas, comprenden no solamente información y conocimientos sino también emociones y estrategias singulares de expresión (Bruner, 1996). En esta tesis, en el análisis objetivo de las ideas, se puede constatar la implicancia del investigador en la temática y la toma de posicionamiento ante otras posibilidades también válidas. Este tipo de escritura, emparentada con el ensayo científico, es correlativa a un modo de entender tanto al conocimiento como a al que conoce (Menin & Temporetti, 2005). Esta estrategia apunta a involucrar al lector, proponiendo un relato explícitamente humano, personal, comprometido y no por esto “menos científico”. Las

contradicciones por la complejidad de la materia y la problemática no se ocultan en pos de una verdad inapelable. Esta tesis también habilita a leerse de varias maneras y a organizar la lectura desde las distintas piezas que la conforman.

Desafío de generar conocimientos que se traduzcan en acciones. Lo que en términos académicos se llama “transferencia”, aquí se puede encontrar como la posibilidad de traducir información en prácticas reflexivas. Es importante para esto recuperar la dimensión pragmática en la producción de conocimientos, que no por esto debe reducirse a una eficacia utilitarista, sino al hecho de involucrar la cualidad de los conocimientos en su posibilidad de potenciar acciones o estrategias. En este caso, con respecto a la situación de las infancias, exponer información que pueda instrumentarse con las prácticas que influyen en este campo, prácticas de cuidados, prácticas educativas y prácticas sanitarias.

Las situaciones de educación y salud de las infancias presentan un entramado de acciones, conocimientos involucrados en estas acciones, lugares físicos que dan soporte material a sujetos históricos y representaciones que conforman un marco simbólico y cultural. Al proponer la ciencia como una herramienta de transformación, considerando el enfoque teórico y metodológico elegido, se encuentra la posibilidad de transmitir conocimientos sobre estas representaciones de tal manera que puedan incidir en una crítica necesaria sobre las prácticas actuales.

Para la realización de esta tesis de doctorado fue imprescindible el sostenimiento económico del Estado Argentino especialmente durante los años 2008 al 2013, cuando la política en investigación colaboró para la formación de científicos. El autor de esta tesis contó con una formación estatal en estudios de grado en la Universidad Nacional como en los estudios de posgrado, beca del Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas mediante. Esto responsabiliza en función de trabajar y producir conocimientos con una perspectiva que vaya más allá de intereses individualistas, corporativos o sin ningún tipo de vinculación con problemáticas sociales. Ninguna institución actual se encuentra por fuera de las amenazas de las lógicas de mercado, pero asumir y defender los espacios donde prima el bien común, es menester para aquellos que reivindican una educación para la comunidad y por la comunidad. Si bien hay una gran cantidad de estudios que se desentienden de las demandas de las poblaciones, en este caso, debido al reconocimiento de la figura del soporte estatal y las demandas de una población específica, hay un intento de ser coherente con el trabajo implicado en las realidades nacionales y latinoamericanas.



Umberto Eco (1977) en su clásico libro “Cómo se hace una tesis”, detalla una serie de consejos para realizar una tesis. En esta propuesta distingue formalmente distintos tipos de tesis referidos a los alcances de la problemática, estrategias de escritura o características de la temática. Así se tienen los siguientes pares: Tesis Monográficas o Panorámicas, Tesis Históricas o Teóricas, Tesis Clásicas o Contemporáneas. Cada uno de estos tipos de tesis presenta diferentes características acordes a su particular nomenclatura ilustrativa. Luego de más de 40 años de esta propuesta, desde la actualidad, y en relación a muchos de los puntos referidos anteriormente en esta introducción, se pueden proponer otras clasificaciones, tipos de tesis que se adecúen a la amplitud de modelos y estrategias asumidos en los estudios contemporáneos. Estos modelos, si bien tienen su correlato en ejemplos empíricos, no dejan de ser construcciones que habilitan la discusión por el sentido de las tesis y de esta tesis de doctorado en particular. Aquí los pares de tipos ideales y una breve descripción de los mismos:

1. Tesis burocráticas o innovadoras: Las primeras resuelven directamente una demanda administrativa. Generalmente tienden a producir resultados esperados, en continuidad con alguna línea de investigación constante y programada. Es importante para algunos grupos de investigación sumar becarios para sostener un edificio burocrático y la innovación modificaría los cimientos arriesgando lo instituido. La lógica director-doctorando, presente en este esquema, tiene similitudes con la del patrón-empleado<sup>1</sup>, los objetivos y estrategias bajan verticalmente, hay órdenes para llevar acabo y se genera un efecto de relación de dependencia: “Si no investiga esto y de esta manera, búsquese otro director”<sup>2</sup>. Este tipo de directores cuenta con una gran cantidad de antecedentes (conseguidos en gran parte por el trabajo de sus discípulos) y se plantea como imprescindible para la carrera académica del doctorando. El resultado como dijimos, es una Tesis Burocrática. Las Tesis Innovadoras responden a otro esquema de relaciones. La propuesta es generar un conocimiento nuevo, aportar un nuevo punto de vista o bien cuestionar cierto *statu-quo* epistemológico. Para realizar este trabajo es importante habilitar la creatividad de los actores a través de relaciones horizontales. Se reconoce la pericia e historia del director, pero no como garante inflexible de órdenes, sino como compañero de discusiones y habilitador de

---

<sup>1</sup> En Francia, hasta hace algunos años, al director de tesis se lo llamaba “patrón de tesis”.

sentidos, una asimetría democrática. Se reconoce el nombre propio del doctorando quien inclusive puede discrepar con algún punto planteado desde la dirección, pero la honestidad intelectual va a guiar los esfuerzos de ambos. Las Tesis Innovadoras quizás sean refutables, criticables y perturbadoras, pero se involucran con el esfuerzo de responder a una demanda histórica y a la creación de nuevas figuras de conocimiento.

2. Tesis Narcisísticas o Altruistas: Hay trabajos, que si se omitieran del legado intelectual, nadie se vería perjudicado salvo el autor del mismo. Las Tesis Narcisísticas apuntan a incrementar una historia académica personal enalteciendo a título propio un *Curriculum Vitae*. Nadie más se ve beneficiado con esta producción de conocimientos que el propio autor, quizás indirectamente alguien que desee redirigir posteriormente el foco de este esfuerzo, pueda hacer valer esta tesis como antecedente, apuntando esta vez a algún grupo humano. No hay misión de transferencia y la participación en eventos de socialización solo apuntan a responder a demandas formales en cuanto a la participación de “reuniones científicas”. En las mismas solo se presentan datos, se evita la confrontación y se demanda la certificación. Las Tesis Altruistas no necesariamente levantan las banderas de la revolución o la paz del mundo, pero expresan una demanda social-colectiva que un autor personifica. Se confeccionan a modo de discusiones, con interlocutores posibles y tienden a posibilitar acciones concretas. Desde las temáticas hasta las metodologías involucradas se puede percibir que el interés está puesto en responder a una problemática histórica y colectiva. Alimentan los debates, se amigan fácilmente con diversas comunidades (más allá de la comunidad científica) y pasan a formar parte de un caudal de conocimientos que trasciende un nombre propio, un interés ego-académico, una demanda individualista.
  
3. Tesis Sectarias o Democráticas: Más allá de la especificidad de un dominio de la ciencia, de la precisión terminológica y de la particularidad de enfoques, hay trabajos que sólo pueden interesar, ser leídos y comprendidos, a selectos miembros de un “exclusivo club científico”. El dogmatismo asumido se impregna

no sólo en un trabajo de tesis sino en un modo de habitar los espacios académicos de enseñanza, las lógicas institucionales y las prácticas cotidianas. Los unos o los otros. El lenguaje, instrumento que conforma al pensamiento científico, al tornarse críptico, asume una intransigencia estéril que hace del mismo un elemento de distinción en detrimento de una posibilidad de diálogo. Una Tesis Democrática asume y expresa de manera transparente las implicancias políticas, económicas y culturales de la producción de conocimientos. Responde a la posibilidad de reconocer diferencias metodológicas, respetando la pluralidad de perspectivas, pero posicionándose ante discursos oscurantistas. Los círculos de trabajo son dinámicos y trascienden los límites formales disciplinares y las formalidades institucionalizadas. Las ideas de este tipo de tesis se confrontan, se contrastan y se repiensen a sí mismas (Bruner, 1996), es decir, posibilitan un trabajo de conciencia de las múltiples dimensiones implicadas en el quehacer científico.

4. Tesis Ortodoxas o Críticas: Tomando características de las anteriores dicotomías, esta clasificación expresa el posicionamiento con respecto al proceso íntegro de planteamiento de una tesis, desde el mismo momento en que una persona decide construir una tesis hasta el momento en que la da por finalizada. No existe en este punto un juicio de valor con respecto a la toma de una u otra postura, lo que sí podría ser criticable es la yuxtaposición solapada de estos enfoques. Por ejemplo, en las ciencias sociales, es común escuchar críticas al positivismo decimonónico, centradas en su carácter objetivista, lineal, frío y desubjetivante. Entonces se plantean investigaciones que apelan a referentes conceptuales críticos, se reivindica a la subjetividad del investigador y la de los investigados, se critica al método hipotético deductivo clásico y se citan a los autores de la complejidad. Luego de esta escena, contradictoriamente, es común encontrar proyectos de investigación y tesis concluidas en donde a la subjetividad la reducen a una interpolación de variables, en donde a los autores de enfoques críticos se los cita, pero se los fragmenta de sus lógicas de producción, en donde se establecen a priori los pasos sistematizados para realizar en todo el estudio y, para terminar, en donde la escritura refleja un estilo que esconde las singularidades del autor. En fin, la cuestión no está en ser o no positivista sino en la incoherencia metodológica que

distorsiona las posibilidades de un genuino proceso crítico. Las Tesis Críticas son el ejemplo de que es posible desprenderse de esquemas ortodoxos, saliendo de enfoques que disocian al investigador de su campo (Achilli, 2005), las instancias en escritura de producción de las de comunicación, un momento de análisis teórico del momento de trabajo de campo, asumiendo así un trabajo de continuas reflexiones que no siempre “progresan” y, por último, tomando conciencia de que es posible construir conocimientos científicos sin replicar recetas oficializadas. Estas quizás han sido exitosas, reconocidas y formalizadas, pero no dan, como todo aquello en lo que está implicado el ser humano, garantías de universalidad.

Luego de esta introducción, se espera poder sostener los desafíos planteados a lo largo de todo el trabajo y construir un modelo de tesis crítica, democrática, altruista e innovadora. Todo el material con sus lecturas está expuesto para ser revisado, discutido y utilizado para los fines más convenientes. Este análisis de representaciones sociales de salud enfermedad infantil se asume con las limitaciones propias de un investigador atravesado por un modelo napoleónico de formación profesional pero con el incentivo de una temática que convoca a todos aquellos implicados en una educación universal y justa.

### Referencias bibliográficas

- Achili, E. (2005). *Investigar en Antropología Social. Los desafíos de transmitir un oficio*. Rosario: Laborde.
- Bär, N. (2014). La ciencia se retracta: crece el número de errores y fraudes. *En*: <https://www.lanacion.com.ar/sociedad/la-ciencia-se-retracta-crece-el-numero-de-errores-y-fraudes-nid1699710> Visitada el día 21/04/2019.
- Bruner, J. (1996) *La educación puerta de la cultura*. Madrid: Visor.
- Eco, U. (2001). *¿Cómo se hace una tesis?* Barcelona: Editorial Gedisa.
- Menin, O. & Temporetti, F. (2005). *Reflexiones acerca de la escritura científica*. Rosario: Homo Sapiens.
- Temporetti, F., Madile, O., Corvalán F., Nicolau M., Nicolau, B. (2012) La lectura y comprensión de textos científicos y académicos en la formación de estudiantes de Psicopedagogía. *Revista Pilquén*. Sección Psicopedagogía. Dossier, XIV (9) 1-10

## Capítulo 1. La problemática de las representaciones sociales en el campo de la educación y la salud

### I. Problematizando las problemáticas en las Ciencias de la Educación

Una de las tareas más difíciles en la producción de conocimientos, en la amplitud de las Ciencias de la Educación, consiste en la elaboración del problema de investigación. Esta dificultad, que no es patrimonio propio de la educación, sino de todas las Ciencias Sociales, no se produce porque no haya situaciones problemáticas que inquieten a las personas del campo educativo, acontecimientos que generen insatisfacciones o ameriten investigarse (Borsotti, 2007), sino porque la traducción de una situación problemática en un proyecto ejecutable empíricamente, acotado para su posible realización, teóricamente viable y de coherencia metodológica, merece un recorrido más arduo. El campo educativo está atravesado por disciplinas diversas, paradigmas que discuten continuamente sus principios y temas que se actualizan a través de los desafíos históricos.

Para la definición de una problemática en el campo educativo, no solamente es necesario compenetrarse con las características de una situación, con su contexto y sus antecedentes. Plantear una problemática de investigación implica asumir un posicionamiento que reconozca críticamente diferentes desarrollos teóricos y técnicos. Producir conocimientos ante los fenómenos educativos involucra a los investigadores en un terreno de definiciones y de indefiniciones, de crisis epistemológicas continuas, similar al que estudiosos reconocieron en otras Ciencias Sociales (Vigotsky, 1991). No por este estado de contradicción y renovaciones, el campo educativo se ha privado de proponer numerosos aportes al conocimiento y a las distintas áreas humanas. Un reto nodal involucra a las definiciones metodológicas. Un posicionamiento metodológico comprende la reflexión sobre el objeto de estudio, los modos de entender la producción de conocimientos, las concepciones sobre ciencia y también sobre el diseño de técnicas. ¿Qué tipo de conocimientos se expresan en el campo de la educación?

El parentesco del campo educativo con la Psicología conlleva a pensar en las mismas cualidades de los desafíos. Por ejemplo, en la Psicología en sus diferentes modos de reconocerse en la historia, no solamente se reconoce la perspectiva experimental de Wundt sino también los aportes de la Psicología de los pueblos (Jahoda, 1992), se ha

acercado tanto a las ciencias naturales como a las sociales o espirituales a las ciencias nomotéticas como idiográficas (Dilthey, 1974). Se confecciona un presente que convoca a disímiles metodologías de estudio. Las ciencias educativas, en la construcción de su identidad, se acercan a diferentes opciones metodológicas ya que las naturalezas de sus problemáticas son amplias.

Entre las diferentes problemáticas, que pueden ser abordadas por este campo de estudio, se pueden encontrar aquellas referidas a la salud y a la enfermedad: padecimientos, formas de abordaje, recursos técnicos, concepciones involucradas en los modos de entender los procesos en una población clave para el pensar educativo: la infancia. Gran parte de los enfoques teóricos de las Ciencias Educativas emergieron a partir de demandas concretas para responder a conflictos humanos que desde otras disciplinas no encontraban respuestas. Se puede pensar en el surgimiento de las diferentes pedagogías, que apuntan a generar transformaciones en pos de un modelo de sociedad, en referencia a una época y a una determinada población. Por ejemplo, el desarrollo de la Pedagogía en Rousseau, en las disputas con el poder eclesiástico, el desarrollo de la llamada Escuela Nueva, cuando a fines del siglo XIX se desafía a los modelos tradicionales. Así, cada teoría, y su propuesta técnica, está ligada a una época determinada y al reconocimiento de un problema que genera conflicto en el estado actual de los conocimientos.

En el presente trabajo el campo de la infancia será foco de indagación. Las conceptualizaciones disponibles en el campo educativo no serán instrumentadas para la búsqueda de una pedagogía definida, sino como un recurso teórico que permita desentrañar una coyuntura social en donde la educación, la salud y la enfermedad infantil están en juego. Se interpretarán enunciados y acciones que posibiliten cumplir con los objetivos planteados. Esta producción de conocimientos, habilitaría quizás, a una transformación en el modo en como pensamos a las representaciones y prácticas educativas y sanitarias que inciden actualmente en esta población.

A continuación, se describirá la situación problemática y su traducción en un problema de investigación. Las razones de la presencia en este estudio de un enfoque postulado desde la Psicología Social, la teoría de las representaciones sociales, no impide el enriquecimiento posterior del campo de las Ciencias de la Educación. Como se planteó más arriba, en la complejidad de los fenómenos educativos, se encuentran dimensiones didácticas, psicológicas, antropológicas, económicas, políticas, históricas...

## II. La búsqueda de la salud y de la enfermedad infantil: descripción general del problema

Estas son algunas de las preguntas que sostienen a este trabajo: ¿Qué es lo que se concibe por salud y enfermedad en la infancia? ¿Cuáles son las relaciones entre las representaciones sociales de los maestros, encargados de crianza y los profesionales de la salud y sus prácticas cotidianas? ¿Existe un modelo de infancia sana que pueda imponerse como ideal o esperable, acorde a los distintos espacios sociales y perspectivas de clase? ¿Las enfermedades de los niños se perciben de la misma manera desde un sector social que en otro? Las respuestas a estas preguntas se inscriben en el conocimiento cotidiano mediante el cual, aquellos grupos que están en estrecha relación con la infancia, dan cuenta no sólo de lo que conciben como dimensiones problemáticas en el campo de la salud infantil, sino también de un modo de actuar en función a estos conocimientos.

Las representaciones sociales que concibe una comunidad tienen la particularidad de influir sobre los comportamientos y acciones de las personas y los grupos sociales (Jodelet, 1984). A partir de un estudio Epidemiológico realizado sobre la infancia en la ciudad de Rosario (Temporetti, Augsburg, Bertolano, Enría, 2008), se llega a la conclusión, entre otras, que en los diferentes espacios sociales la percepción de la salud en la infancia presenta notables diferencias. De estas diferencias se puede pensar en diferentes modos de asumir responsabilidades y acciones. Las diferentes demandas y ofertas de atención sanitaria consecuentes, se analizaron en este trabajo, describiendo las pluralidades presentes en un tejido social dinámico y complejo.

Considerando esto, es menester comprender el campo de representaciones sociales de salud y enfermedad infantil para poder, por un lado, obtener conocimientos acerca de la población en sus diferentes situaciones, y por el otro, obtener una herramienta conceptual que permita el análisis de aquella problemática. Siguiendo a Schuster (2004), el conocimiento es un presupuesto para la modificación de la realidad, conteniendo en sí mismo la posibilidad de transformación. El conocimiento acerca de las representaciones sociales sobre la salud y enfermedad infantil permitirá adentrarse no sólo en un campo de reflexiones acerca de cuestiones sanitarias, también habilitará a zonas de sentido (González Rey, 2000) donde la discusión por lo subjetivo adquirirá protagonismo para

dialogar con los procesos sociales a través de los conocimientos del sentido común y las prácticas.

Por lo tanto, como eje nodal, en esta tesis se trabajó acerca de cuáles son las representaciones sociales de los maestros, los encargados de crianza del niño y de los profesionales de salud acerca de la salud y enfermedad infantil. Se indagó también el papel de las mismas en su influencia sobre demandas u ofertas de salud y la particularidad que adquieren en distintos contextos socio-económicos, pensados como espacios sociales. Al mismo tiempo, se intentó sostener una perspectiva metodológica que no desvincule el trabajo sobre representaciones sociales con su carácter subjetivo. También fue relevante sostener estrategia metodológica que permita entender como los procesos singulares de las personas se configuran con los fenómenos culturales de diferentes grupos pertenecientes a espacios sociales.

En los siguientes párrafos se argumentarán algunas decisiones asumidas, referidas a la temática, al enfoque teórico y a los grupos estudiados.

Hay campos sociales que se destacan por tener una alta sensibilidad a una determinada coyuntura política-económica, son grupos vulnerables a decisiones y maniobras de poder de las cuales no tienen un mínimo dominio. Es la infancia una etapa vital en la cual los efectos de la biopolíticas encuentran un terreno fértil de materialización e impronta (Bustelo, 2007). Se hace referencia, con la noción de biopolíticas, a aquellas estrategias de poder que tienden a posarse sobre las poblaciones y su control. En una sociedad caracterizada por el consumo sistemático, donde los estados se encuentran sometidos a la lógica de los mercados, la educación y la salud, aparecen como elementos más de la oferta y la demanda de productos. Así mismo, las relaciones de dominación condicionan para la creación y reproducción de un determinado tipo de subjetividad que sea coherente con el sistema (Foucault, 1977). Estas dimensiones políticas, económicas y culturales impactan particularmente en la infancia, campo sensible y vulnerable, sobre todo a través de los actores sociales que abogan por su cuidado.



La infancia ha sido y es objeto de múltiples clasificaciones, entre ellas, clasificaciones médicas y psiquiátricas. Muchas de estas sostienen una representación ontológica diferente de las propias representaciones que la población tiene acerca de lo que son los niños y lo que son sus procesos. “La indignidad de hablar por los otros” actuaría como un vicio propio de algunos saberes que buscan hegemonizar la verdad, un modelo de persona y los modos de transmisión de los saberes (Foucault, 1992). Por otra parte, el avance científico-técnico de la salud no tiene la misma repercusión en los diferentes grupos sociales: ¿cómo influyen estas diferencias en las distintas acciones y representaciones en juego?

Comprendiendo estas diferencias, referidas a la relación entre discursos, tecnologías y recursos, considerando distintos espacios sociales, se podría profundizar en el análisis de las políticas públicas en la infancia y su repercusión en medidas efectivas. Hay muchos programas sanitarios, sumados a cuantiosas inversiones en salud y educación que sin embargo no encuentran los resultados esperados<sup>1</sup>. La diferencia que existiría entre las representaciones de los maestros, los profesionales y los técnicos que elaboran las políticas, y las representaciones de los grupos comunitarios que reciben verticalmente la información, podría dar cuenta de una problemática. Una aproximación entre estas representaciones, a partir del reconocimiento de las diferencias, permitiría una articulación que aclare posiciones, permitiendo así, un trabajo que integre las distintas maneras de situarse en este campo complejo.

Los niños participan, en su desarrollo y crecimiento, de distintas instituciones y grupos humanos, formales e informales, elegidas o impuestas, por tiempos prolongados o efímeramente. Ahora bien, en cada una de estas instancias se presentan objetivos, normas, filosofías e intencionalidades que pueden variar ampliamente entre una y otra institución, e inclusive, pueden ser contradictorias las lógicas que sostengan a los espacios. La infancia es un lugar estratégico que manifiesta las características de estos conflictos.

De tal forma, al trabajar y al tomar conocimiento de las representaciones sociales de la salud-enfermedad infantil de los diferentes grupos que participan del desarrollo de

---

<sup>1</sup> Según el Foro Global para la Investigación en Salud, los sectores públicos y privados invierten cada año más de 70 mil millones de dólares en investigación y desarrollo para la salud. La distribución y logro de objetivos ameritaría otra reflexión.

los niños, se podrá articular, no sólo una forma específica de reconocimiento de la salud y una forma específica de reconocimiento de las enfermedades, sino también, una respectiva manera de demandar prácticas sanitarias en instituciones claves para el desarrollo. Entre estas instituciones claves están las escuelas. Se intentará describir una singular coyuntura social, que en base a sus conocimientos específicos sobre los procesos de salud-enfermedad infantil, ejerce su influencia sobre la población en general y sobre la infancia en particular.

“Y, a decir verdad, no hay nada sobre la tierra más importante que el sufrimiento de un niño, nada más importante que el horror que este sufrimiento nos causa ni que las razones que procuraremos encontrarle.”

Camus (2003, p.140)

#### IV. ¿Por qué estudiar sobre las representaciones sociales?

“Es una manera de dar cuenta de fenómenos que están ligados, porque permite integrar el aspecto simbólico de las conductas, también el aspecto subjetivo.”

*Jodelet (2003, p.4))*

En la perspectiva que aquí se trabajará de las representaciones sociales se hará hincapié en considerar un espacio conceptual en donde el principio dialógico de niveles recursivos tiene su impronta. Es por esto que se sostendrá, en un mismo proceso de reconocimiento y análisis, una dimensión singular y una dimensión social (Morin, 1988). Pudiendo hacerse alusión a lo psicológico en un entramado tanto bio como social, las representaciones sociales plantean un interrogante por la cuestión de lo “psi”, por la cuestión representacional y por la cuestión del lugar de las concepciones sociales de los sujetos. Esta teoría habilita a pensar un espacio dinámico con disímiles dimensiones en juego: lo social, lo biológico, lo cultural, lo subjetivo.

Tomando en consideración una reducida genealogía del concepto de representación social, para lograr una mejor fundamentación de la teoría utilizada, se

puede entender que el mismo tiene sus antecedentes en la Sociología: Moscovici retoma de Durkheim la representación colectiva y la reelabora acorde a la perspectiva de la Psicología Social (Moscovici, 1961 en Jodelet, 1984). La representación social es un concepto que si bien aparece en la Sociología sufre en esta un “largo eclipse”, del cual la Psicología Social se va a valer para comandar la teorización del concepto, no sin antes haberse desviado por la Psicología Infantil (Piaget, 1926 en Jodelet, 1984).

Los antecedentes teóricos de las representaciones sociales remiten a tres influencias básicas: la Etnología de Wundt, en el desarrollo de la *Völkerpsychologie*; el interaccionismo simbólico de Mead, rescatando el acto social en su símbolo y significado y el concepto de representaciones colectivas de Durkheim (Mora, 2002). Influido por estos antecedentes Moscovici formula en “El psicoanálisis su imagen y su público” (1979) que la representación social es una forma de conocimiento, cuya función se vincula con la elaboración de los comportamientos y la comunicación entre los individuos. Se puede decir inclusive que las representaciones sociales son entendidas como los conocimientos específicos y los saberes del sentido común que orientan la acción, la comunicación y la comprensión del entorno social, material o ideal (Jodelet, 1986). Pero a esto hay que agregarle el aporte fundamental que el mismo Moscovici reconoce a Lévy Bruhl (Moscovici, 1996). Este antropólogo francés, al postular que existen diferentes formas racionales de representarse el mundo, rompe con la idea de una unidad psíquica universal y obliga a pensar en diferentes maneras de organizar el sentido común. Una idea embrionaria de las representaciones sociales nace entonces en la Sociología, en los años 20’ del siglo XX, se difundió en la antropología y de ahí se ramificó a la filosofía y demás ciencias sociales. El principio de las teorías modernas de la cognición se encuentra según Moscovici (1996) en Piaget y en Vigotsky. Según él, los esfuerzos de estos dos psicólogos por explicar los conceptos de Lévy Bruhl fundaron una nueva Psicología. Desde estos desafíos renovadores, que vinculan teorías ligadas al protagonismo del hecho psicológico en tensión con un grupo, y que reconocen la construcción de conocimientos de un sujeto, se puede entender el enfoque que este trabajo sostiene.

Con estos fundamentos teóricos se circunscribe un campo de estudio dinámico y complejo, con referentes empíricos que permiten ser estudiados por medio de técnicas coherentes. Los enunciados en sus géneros discursivos, las informaciones que circulan en determinados grupos, las acciones cotidianas, brindan un soporte concreto que puede ser

abordado y expuesto para su estudio. Al estudiar las representaciones sociales, el investigador debe implicarse simultáneamente, tanto en una teorización sobre la subjetividad como en una teorización sobre la cultura.

V. ¿Por qué estudiar sobre las representaciones sociales de salud infantil de maestros, encargados de crianza y profesionales de salud?

“En la dimensión temporal de la infancia y la adolescencia se pueden reconocer tres instituciones que dejan marca en su desarrollo: la familia, la escuela y los medios de comunicación.”

Bustelo (2007, p. 23)

No existe una cantidad representativa de estudios acerca de las diferentes representaciones sociales de salud-enfermedad específicamente sobre la infancia. Se encuentran sin embargo estudios de gran interés, cuyos resultados directa o indirectamente se vinculan a este proyecto. Los mismos sirven no sólo como disparador para las preguntas que motivan a este trabajo, sino también, como guías metodológicas para el abordaje del objeto de estudio propuesto.

De los trabajos consultados “Salud Mental en la Infancia”, Estudio Epidemiológico de la población 3-13 años en la ciudad de Rosario (Temporetti et al. 2008), muestra con gran representatividad las “diferentes infancias”, las incongruencias de condiciones de vida en relación a un modelo ciudadano amparado por Ley y también la importancia de rescatar los relatos de los familiares a cargo de la crianza del niño/a. Estas cuestiones argumentan la interrogación sobre: ¿Cómo los distintos grupos sociales se representan las enfermedades infantiles? ¿Cómo actúan en base a ello? ¿El marco legal asegura a todos los niños los mismos derechos y obligaciones a sus cuidadores?

Como ya se ha mencionado anteriormente, los trabajos sobre las representaciones sociales, que no son pocos, tienen diferentes planteos teóricos y metodológicos, también, los estudios que se enfocan en la salud y la educación, tienden a desconsiderar enunciados “no-profesionales”. Ya el hecho de que se trabaje con los enunciados, en el terreno de la interpretación, es una decisión metodológica no muy generalizada en el estudio de las

representaciones sociales, las técnicas utilizadas: cuestionarios y test de evocación de palabras (TEP), tramitados estadísticamente, se restringen a respuestas específicas ya determinadas por el investigador de antemano. Sobre esto se profundizará en el próximo capítulo. Se destaca aquí la importancia de contrastar las representaciones y prácticas de actores claves que forman parte del desarrollo infantil.

Varios trabajos muestran las discrepancias entre los significados de las enfermedades para los distintos grupos sociales, como así también, la importancia de reconocer las distintas representaciones a la hora de planificar intervenciones. Por ejemplo, en “Depressão entre mulheres da periferia de São Paulo” (Martin, Quirino & Dani 2007), se realiza una aguda comparación y se plantean las diferencias entre el significado de la depresión por parte de las mujeres diagnosticadas como “depresivas” y el significado de la patología por parte de los profesionales que diagnostican. En el artículo “Conceitos de saúde em discursos contemporâneos de referência científica”, los autores discuten sobre la insuficiencia del concepto de Salud en los discursos científicos contemporáneos (Almeida Filho & Coelho, 2002). En el trabajo “Concepções sobre a doença mental em profissionais, usuários e seus familiares” se muestra la gran disparidad entre las concepciones de salud de los profesionales, los usuarios de salud y sus familias (Rodriguez & Figueiredo, 2003). El campo de la educación, la salud y la enfermedad, en la lógica de Lévy Bruhl, dispone de diferentes racionalidades y conocimientos.

Las clasificaciones instituidas muchas veces actúan como obstáculos a la hora de hacer estudios complejos (Augsburger, 2004). Es necesario entonces, cuestionar las “evidencias científicas” y confrontarlas con elementos psico-culturales, fenomenológicos y de la antropología social, productos de una mirada local y del saber popular. Esto se plantea por ejemplo, en el trabajo: “Evidencia Científica, Salud y Desarrollo Socio-Económico” (Ortiz & Laucirica, 2004) y remite a considerar los relatos “no científicos” de la población en función de la salud y enfermedad infantil.

Existen varias ideas, creencias y percepciones acerca de la salud (Vega-Franco, 2002) y el objetivo no es llegar a una definición universal que estandarice los diferentes modos de comprenderla. Del trabajo “Sete considerações sobre saúde e cultura” (Souza Campos, 2002), se puede extraer la importancia que significa realizar una síntesis entre las definiciones de los saberes técnicos y las definiciones de los referentes culturales, todo ello para contribuir a un modelo de salud con bases equitativas. Mientras que el saber técnico prioriza la supervivencia, por otro lado, el saber de las personas atendidas,

enfatisa la calidad de vida. Es importante entonces comparar los distintos saberes, el conocimiento implicado en las representaciones sociales sobre salud infantil, para desarrollar ese modelo de salud equitativo.

Las representaciones sociales sobre salud enfermedad infantil no son estáticas, como ya se ha demostrado en otros estudios (Conde, Concha, 2002). En ese carácter dinámico, es necesario trabajar con programas personalizados que de una u otra manera respeten los distintos saberes populares. A su vez, al situar a la salud infantil en relación íntima con la educación, se insta a relacionar no sólo las representaciones sociales de los profesionales de salud, sino también, las de los maestros que acompañan al niño en su educación escolar. La relación educación/salud es un tópico importante a considerar en este trabajo. Considerando por último a las representaciones sociales de los padres, se trabajaría entonces con aquellos grupos sociales que inciden directamente sobre los cuidados y acciones en la educación y la salud infantil.

Los estudios sobre educación, salud y calidad de vida, referidos a la infancia, deberían incorporar la perspectiva de los ciudadanos o los mismos usuarios de los servicios, sus percepciones, evaluaciones y modos de representar las distintas instancias del proceso de los procesos culturales. En gran parte de la bibliografía que versa sobre esta problemática, se publican estudios en los que estas voces y acciones están ausentes, priorizándose y considerando exclusivamente, la perspectiva definitoria de los expertos que hablan en nombre de todas las dimensiones posibles del campo de la educación y la salud.

Por eso se considera importante el conocer y comprender cuáles son las representaciones sociales acerca de qué es la salud y la enfermedad infantil, los distintos problemas o necesidades de grupos concretos de personas, apelando a la configuración de una responsabilidad colectiva que integre también a aquellos grupos en contacto directo con la infancia. De este modo, se podrá habilitar también a que la situación de la salud infantil, deje de ser entendida como un problema «particular», dominado por un determinado saber específico, y pase a ser un espacio de reflexión que involucre a la sociedad en su conjunto. El espíritu de este trabajo acompaña a la transformación del tradicional paradigma de la “especialización” y “normalización”, a aquel que a partir de la segunda mitad del siglo XX sitúa a los derechos humanos en el protagonismo de las discusiones y prácticas.

## VI. Consideraciones finales

Para dar por finalizado este apartado introductorio, a modo de conclusión se puede decir que el objetivo general de la tesis consistió en comprender las representaciones sociales de salud-enfermedad infantil en: los maestros, los responsables directos de la crianza del niño (madre, padre o tutor), y en los profesionales de la salud de distintos espacios sociales.

Para la consecución de este amplio objetivo, se procedió a describir e interpretar las representaciones sociales de los grupos referidos con respecto a los procesos de salud-enfermedad en la infancia. Sumado a esto, se estudiaron las relaciones que se establecen entre las representaciones sociales de esos grupos, en los distintos espacios sociales y también las relaciones de las mismas con las prácticas cotidianas.

## Referencias bibliográficas

- Almeida Filho, N. & Ávila Dantas Coelho, M. (2002). Conceitos de saúde em discursos contemporâneos de referência científica. *Revista História, Ciências, Saúde*. 9, 315-33.
- Augsburger, C. (2004). La Inclusión del Sufrimiento Psíquico: Un desafío para la Epidemiología. *Revista Psicología & Sociedade*. 16, 71-80.
- Borsotti, C. (2007) “La situación problemática” (Cap. II). En BORSOTTI Carlos A. *Temas de metodología de la investigación en Ciencias Sociales empíricas*. Buenos Aires. Miño y Dávila Editores.
- Bustelo, E. (2007) *El recreo de la infancia. Argumentos para otro comienzo*. Buenos Aires: Siglo Veintiuno editores.
- Camus, A. (2003). *La peste*. Buenos Aires: Editorial Sol 90.
- Conde, Fernando & Gabriel, Concha. (2002). La evolución de las Representaciones Sociales sobre la Salud de las Mujeres Madrileñas 1993-2000. *Revista Esp. Salud Pública*. 76, 493-507.
- Dilthey, W. (1974). Introducción a las ciencias del espíritu. Ensayo de una

- fundamentación del estudio de la sociedad y de la historia. Madrid: Revista de Occidente.
- Foucault, M. (1977): Historia de la sexualidad. Volumen 1: La voluntad de saber. Buenos Aires: Siglo XXI.
- Foucault, M. (1992): Microfísica del poder. Madrid: Ediciones de la Piqueta.
- González Rey, F. (2000). Lo cualitativo y lo cuantitativo en la investigación de la Psicología Social. *Revista Cubana de Psicología*. 17, 1.
- Jahoda, G. (1992). Idealismo alemán y la Volkerpsychologie. Panorámica introductoria. En: Encrucijadas entre la cultura y la mente. Madrid. Visor.
- Joselet, D. (2003). Entrevista realizada por M. R. Popovich el 18 de marzo del 2003. Recuperada de: <https://es.scribd.com/document/7202726/Entrevista-a-Denise-Jodelet>.
- Jodelet, D. (1984) La representación social: fenómenos, concepto y teoría. En: Moscovici, S. *Psicología Social II*. 1984, p. 469-494. Barcelona: Paidós.
- Jodelet, D. (1986). La representación social: fenómenos, concepto y teoría. En: Moscovici, Serge (comp.). *Psicología Social II*. Pensamiento y vida social. Psicología social y problemas sociales. Barcelona: Ediciones Paidós.
- Martin, D.; Quirino, J. & Mari, J. (2007). Depressão entre mulheres da periferia de São Paulo. *Revista Saúde Pública*. 41, 591-7.
- Mora, M. (2002) La teoría de las representaciones sociales de Serge Moscovici. *Atenea Digital*. Nº 2 Otoño, pp. 1-25.
- Morin, E. (1988). *El método. El conocimiento del conocimiento*. Madrid: Editorial Cátedra.
- Moscovici, S. (1979). *El psicoanálisis, su imagen y su público*. Buenos Aires: Huemul.
- Moscovici, S. (1996) La conciencia social y su historia. En: Castorina, J. (Org.). *Representaciones sociales. Problemas teóricos y conocimiento infantiles*. Barcelona: Editorial Gedisa, S. A. p. 91-111.
- Ortiz, Z. & Laucirica J. (2004). Evidencia Científica, salud y desarrollo socio-económico. *Revista Monografías Humanitas*. 3, 139-151.
- Shuster, F. (2004). *El método en las ciencias sociales*. Buenos Aires: Editores de América Latina.
- Souza Campos, W. (2002). Sete considerações sobre saúde e cultura. *Revista Saúde e Sociedade*. Número 11.
- Temporetti, F., Augsburg, C., Bertolano, L. & Enrí, G. (2008). Salud Mental en la



Infancia, Estudio Epidemiológico de la población 3-13 años en la ciudad de Rosario. *Facultad de Psicología*, Universidad Nacional de Rosario.

Vega-Franco, L. (2002) Ideas, creencias y percepciones acerca de la salud. Reseña histórica. *Revista Salud Pública*. 44, 258-265. El texto completo en inglés de este artículo está disponible en: <http://www.insp.mx/salud/index.html>

Vigotsky, L. S. (1991). El significado histórico de la crisis en la psicología. En: *Obras Escogidas*. Tomo I, pp. 258-413. Madrid. España: Aprendizaje Visor.

## Capítulo 2. Posicionamiento teórico y retos del campo educativo

### I. El lugar de la teoría en las investigaciones educativas

Antes de comenzar a desarrollar los supuestos conceptuales que acompañan la producción de conocimientos y las reflexiones de este trabajo, es importante expresar las definiciones relativas al modo en cómo se entiende la teoría en general y la teoría de las representaciones sociales en particular.

La dimensión teórica atraviesa toda producción de conocimientos. La misma actúa medularmente en las investigaciones permitiendo la inteligibilidad de fenómenos y dotando a otros el carácter de “fenómenos específicos”. Se produce una selección, se establecen asociaciones, se distinguen determinados fenómenos por sobre otros. Existen diferentes posturas en el momento de pensar la articulación teoría y empiria. En esta tesis la teoría se articula con todas las dimensiones de la investigación.

Se podría sostener, en sintonía con un empirismo clásico, que la teoría posibilita la visualización de un recorte de la totalidad de los hechos empíricos, aquellos que están en un orden natural. El entendimiento se lograría en este caso a través del reflejo directo de la realidad en la resolución de la óptica teórica. En esta lógica, se circunscribe un eje objetivado de análisis y se confeccionan de antemano las ventajas y las limitaciones del enfoque utilizado, es decir, se define previamente qué se puede “develar” con la teoría sobre una determinada realidad. El investigador aplica con asepsia el sistema conceptual, sin dejar sus huellas en el “mango epistemológico” con el que enfrenta a la empiria. Neutralidad, recorte, reflejo, objetividad, control, explicación, son palabras que conforman el léxico de esta tradición epistemológica.

Yendo más allá de la perspectiva empirista radical, que remite a una gnoseología en donde el conocimiento ilumina y descubre la realidad, se puede plantear otro modo de articulación entre teoría y empiria, un modo en donde los roles de estos conceptos cambian. Sorteando a la lógica “empiricista”, la teoría deja de actuar como una estrategia de revelación de fenómenos y asume la participación en una organización conceptual que supone la construcción de esos hechos. Entonces, lo que se precisa en este caso, es el modo en como el sistema de abstracciones, configurado en una teoría, dialoga con la realidad en funciones claves: organizando las percepciones, autorizando suposiciones y

fundando relaciones. El investigador no aplica la teoría con el barbijo de la neutralidad sino que la utiliza implicado en un lenguaje que simboliza experiencias y expresa voces singulares de él y del mundo. Interpretación, construcción, comprensión, objetividad crítica, son palabras que dan cuenta de esta perspectiva.

Existe un sinfín de matices entre estas dos posturas. Las características de las problemáticas también condicionan los posicionamientos y los capitales teóricos disponibles.

Considerando la reflexión sobre las teorías científicas en el campo de la educación, considerando el rol activo de estas en la organización y construcción empírica, cabe preguntarse: ¿Qué es lo que una teoría en particular permite construir de “la realidad” a investigar? ¿Cómo se nutren estas teorías de otros sistemas teóricos científicos y no científicos? ¿Cómo se posibilita su enriquecimiento en su vínculo con los hechos? ¿Desde qué supuestos conceptuales se justifica la existencia de determinados fenómenos?

Comprendiendo la naturaleza de una teoría, se habilita a la discusión por su pertenencia a un campo de estudio y a su enriquecimiento con otras teorías. Desde este lugar, y tomando posición, se podría establecer un sistema con la capacidad de ampliar su eje de indagación, sin perder, en este trabajo de construcción, la coherencia epistemológica que toda teoría científica requiere. Para garantizar un enfoque capaz de sostener una estrategia de análisis sincronizada, es imprescindible no forzar las lógicas que conforman el sistema teórico total y, para esto, es crucial su conocimiento y discernimiento. Organizados y explicitados los conceptos y sus límites, se pueden entender relaciones entre sucesos y darle visibilidad intelectual a los mismos. Es imprescindible entonces, deconstruir la teoría de las representaciones sociales para adecuarla a nuevos objetivos y fenómenos, para habilitarla a comprender un constructo empírico inédito. Las teorías siempre tienen la posibilidad de ampliar las miradas de los investigadores. Se puede tomar por ejemplo el caso del inconciente, en el campo cercano de la Psicología, como posibilitador de nuevas percepciones.

En los albores del siglo XX, a partir de las teorizaciones de Freud, con su propuesta de la metapsicología y de los conceptos que se articulan con el de inconciente, se posibilitó no sólo el observar determinados hechos cotidianos desde una perspectiva diferente a como venían siendo observados (síntomas histéricos, chistes, olvidos, etc), sino también, establecer relaciones intrínsecas entre una conducta como hecho observable

y un esquema conceptual que se organiza para dar sentido a este hecho (tópicas, desarrollo de la sexualidad, teorías pulsionales). A partir de esta teoría ya no se observa de la misma manera las acciones cotidianas, ni los avatares subjetivos. Un modo de ver y construir la realidad se establece en función de ciertos elementos que la misma realidad va presentando y la teoría va permitiendo ver. Muchas manzanas han caído antes de Newton pero solo a partir de la teoría de éste se observa la gravedad. Pero estas teorías tampoco nacen de una iluminación histórica y personal.

Las ideas filosóficas constituyen un presente en el campo de las ciencias sociales y en el campo de la educación, sea este un hecho reconocido o no. La ciencia misma no se constituye en un vacío de pensamientos y de ideas, como pensaron algunos positivistas o como en la actualidad plantean descendientes de este legado. Las teorías científicas se configuran desde una matriz filosófica. Las ideas, al analizar determinados objetos o al reflexionar sobre las formas de conocimiento, permiten configurar, luego de un trabajo de traducción al género científico<sup>1</sup>, otro nivel de análisis y argumentación. Esta traducción, que consigue organizar otro nivel de prácticas y conjeturas, demanda una intensa labor intelectual, una estrategia dialógica argumentada entre conceptos y empiria, y una metodología coherente que organice supuestos y técnicas en función de un objeto de estudio.

Las teorías científicas que transcurren en el campo educativo se nutren de pensamientos filosóficos, las influencias de Kant, Schopenhauer, los empiristas clásicos<sup>2</sup>, en las obras de Piaget, Freud y las pedagogías conductistas respectivamente, sumados a otros ejemplos, evidencian el linaje. Este parentesco, que es negado por gran parte de la evaluación tradicional epistemológica, permite describir de manera más detallada las perspectivas teóricas y su naturaleza. Estas perspectivas teóricas, analizadas minuciosamente, no se absuelven radicalmente de las ideas filosóficas, sino que presentan otro tratamiento, lo que anteriormente se ha llamado la configuración de otro nivel de análisis y construcción del género científico.

---

<sup>1</sup> Se hace referencia aquí al género científico y se lo entiende como una forma relativamente estable de configurar un enunciado específico y complejo (Bajtin, 2011). Esta perspectiva permite entender como la ciencia se establece articulando, una intencionalidad personal junto con estilos lingüísticos y todo esto en un modo de construir un enunciado que suma un contenido temático.

<sup>2</sup> Usualmente se denomina al grupo de los empiristas del siglo XVIII (Locke, Berkeley y Hume) bajo el nombre Empirismo Inglés. Esto es impreciso ya que Berkeley es irlandés y Hume escocés.

Siguiendo con este análisis de la naturaleza de las teorías, se puede decir que los diferentes tipos de ciencia demandan diferentes tipos de teorías. La Física por ejemplo, modelo oficial de ciencia, tradicionalmente ha sostenido una metodología ortodoxa, de tipo causalista y de intencionalidad explicativa, buscando leyes universales o regularidades generales y basándose en un modelo hipotético-deductivo de corte cuantitativo. Actualmente, este modelo está sufriendo transformaciones ya que se encuentra en la búsqueda de una “gran teoría unificada” que integre la gravedad, con el electromagnetismo y los postulados de la Física Cuántica (Marcus, 2014). La búsqueda de esta ecuación habilita a que otra intencionalidad científica participe de la construcción teórica (Valladares & Ferramola, 2011). Aquello que hasta el momento había sido catalogado como a-científico, la necesaria exposición de las estrategias particulares de cada investigador, se integran en el campo epistemológico de la Física. Esta aclaración de la “subjetividad” del observador es un requerimiento para entender, por ejemplo, porque se observa determinada relación subatómica.

Mientras las Ciencias Sociales busquen su legitimidad en las estrategias pensadas para otros objetos de estudio, siempre quedará subsumida a los vientos ingobernables de las modas intelectuales. Este espíritu dominó y domina gran parte del campo educativo. La incorporación automática de ideas pensadas para otras ciencias ocasiona una pérdida de identidad disciplinar sumada a un sometimiento histórico a los “avances” producidos en otros campos de estudio. Por ejemplo, no se puede negar el desarrollo de sofisticadas técnicas de procesamiento de información y de las tecnologías afines. Todas las esperanzas y los fondos, dispuestos para el impulso de las neurociencias, a partir de la Revolución Cognitiva, han engendrado esquemas teóricos que negocian los avances técnicos con la neurobiología. El objetivo es dar cuenta de la totalidad de la mente<sup>3</sup>. Esta empresa, que intenta reducir el psiquismo y sus estrategias de aprendizaje, a procesos computables, se puede desengañar ante la exposición del enfoque metodológico y su relación con las cualidades de la mente. ¿Qué es lo que se busca al intentar replicar un cerebro humano en un ordenador, al reducir los fenómenos educativos a meras operaciones lógicas formales? Logrando efectivamente la construcción de tal maquinaria, las leyes que rigen los mecanismos de la misma, podrán ser extrapoladas al conjunto de

---

<sup>3</sup> La Unión Europea ha destinado 1.000 millones de Euros en el desarrollo del HBP (Proyecto del cerebro humano) y Estados Unidos 200 millones de dólares (2014) con el objetivo de desarrollar supercomputadoras que repliquen el funcionamiento del cerebro.

la humanidad, del mismo modo en como la ley de gravedad da cuenta del como los objetos caen en cualquier punto del universo. La codificación formal de lo humano, en post de la predicción y el control, es la ambrosía buscada por varios teóricos del campo educativo. De esta manera, ya no se tendría que lidiar con las particularidades e incertezas de la condición humana. Si las teorías del campo de la educación, en función de responder a moralidades epistémicas, niegan apriori las cualidades de su objeto, si incorpora sistemáticamente ideologías y “avances”, se ofrecen a discurrir entre conceptos confusos y prácticas reduccionistas. Es por esto que toda teoría del campo conceptual, sea propia o integrada de otra disciplina, debe reconocer y ser coherente con las condiciones de las problemáticas educativas y los objetos de estudio.

Siguiendo con otras dificultades teóricas, se puede analizar que, en el campo de la educativo, numerosas veces se han mezclado teorías con disímiles metodologías o diferentes intencionalidades científicas, dando lugar a híbridos conceptuales ambiguos y desorientadores de prácticas. La educación ha sido un blanco ideal de esta situación, la Pedagogía históricamente ha recibido amalgamas forzadas que combinaban Piaget, con Vigotsky, con Freud y con el aprendizaje significativo de Ausubel. Diferentes modos de entender el desarrollo, diferentes lógicas metodológicas, puestas al servicio de una confección teórica sin supuestos claros.

Sin desconsiderar el enriquecimiento de una reflexión que combine y se nutra de otras teorías, hay que permitir esta conexión y los diálogos fundamentando la compatibilidad de las instancias. Cuando un órgano se introduce en un organismo proveniente del exterior, este mismo, en función de su complejo sistema de reconocimiento de lo extraño, acepta o no el injerto. El rechazo de lo añadido se produce debido a que la defensa inmunológica actúa ante antígenos no reconocidos en una histocompatibilidad. Pero las teorías no cuentan con un sistema de defensa tan eficiente.

En el clima actual científico, en donde la relativización de todos los fundamentos y la interdisciplina se imponen dogmáticamente como una moda académica, se privilegian las “mini teorías” que ofrecen una visión fragmentada, recortada y parcial sobre los mecanismos y procesos (Temporetti, 2008). Así se confeccionan cuerpos promocionables y con gran marketing, superponiendo miembros desarrollados por diferentes organismos: zona de desarrollo próximo, andamiaje, estadios de inteligencia, deseos inconcientes, bullying, resiliencia, complejidad... órganos que deben ser citados y repetidos para demostrar actualidad, referencias válidas y distinción. Así nacen, desde

Dres. Franksteins teóricos, monstruosidades que no reconocen a un autor, sino a un sinfín de especialistas que se distribuyen las partes de los hechos educativos y vampirizan a las grandes teorías, haciendo de estas: fragmentos desgajados de su metodología y de su contexto de producción. En las repercusiones prácticas, como se verá más adelante en las representaciones docentes, y en la formación de profesionales, se puede palpar el nivel de desconcierto ocasionado por estas creaciones.

A continuación, se presenta una breve descripción del campo teórico de donde proviene la perspectiva teórica de las representaciones sociales, es decir la Psicología y la Psicología Social. Se hará también una descripción de la perspectiva teórica abordada y asumida para este estudio. Se ahondará en el análisis teórico planteado precedentemente, pero focalizando ahora sobre un objeto de estudio en particular (las representaciones sociales), para plantear posteriormente una perspectiva metodológica correlativa a las cualidades de este objeto. En este intento de construcción teórica, se evitará llegar a la situación del Dr. Frankenstein:

“Lo había observado cuando aún estaba incompleto, y ya entonces era repugnante; pero cuando sus músculos y articulaciones tuvieron movimiento, se convirtió en algo que ni siquiera Dante hubiera podido concebir.”

(Shelley, 2004, p. 130)

## II. El campo “Psi” y las representaciones sociales

“Siglos de siglos y sólo en el presente ocurren los hechos...”

Borges (2005, p.128)

La Psicología, como otras ciencias sociales que reflexionan sobre la educación, tiene en sus diversos compartimientos gran cantidad de objetos teóricos que le han permitido dar cuenta de extensas problemáticas. Las realidades que emergen de estos intentos de comprensión han ido tomando distintas características acordes a su tiempo. La conducta, el inconciente, el arco reflejo, la inteligencia, la percepción, los

procesamientos de información, la subjetividad, la actitud, las representaciones sociales... Son herramientas teóricas que habilitan a pensar en una manera particular de comprender y modificar la “realidad psicológica”. La dificultad de la materia reside en poder hacer dialogar las distintas realidades, analizar sus objetos teóricos, adecuarlos a su tiempo y, por sobre todas las cosas, actualizarlos en función de nuevas problemáticas. La historia de la Psicología expresa un movimiento continuo de reflexiones teóricas, renovaciones metodológicas y evaluación de los alcances de las prácticas.

Reconociendo el vasto mundo de las representaciones sociales, es necesario realizar un reconocimiento del campo de la Psicología y sus vicisitudes. Los cuestionamientos básicos que sustentan el conocimiento científico, de cualidad filosófica, gnoseológica, epistemológica y técnica, son requeridos para poder reconocer con qué concepción del mundo y de hombre se está pensando y trabajando cuando se estudia las representaciones sociales sobre salud y enfermedad infantil.

Esta responsabilidad de delimitar el enfoque conceptual se extiende a todas las ciencias. Para que una comunidad científica pueda compartir un plan de trabajo, controlar el alcance de las estrategias utilizadas, es indispensable que exponga, en todas sus dimensiones, las respuestas que surgen ante las demandas de la práctica y del contexto histórico. Cuando se piensa en las representaciones sociales u otro objeto de estudio de la Psicología, sería entonces relevante preguntarse: ¿Todos en esa comunidad científica comparten la misma concepción de la relación sujeto-objeto o individuo-sociedad, biología-cultura? ¿De qué manera piensan que es mejor abordar estas unidades de análisis? ¿Contando, describiendo, interpretando, encontrando leyes universales? ¿Cuál es el alcance teórico de estos objetos de estudio? ¿Sirven para dar cuenta de fenómenos que van más allá de las problemáticas iniciales que dieron origen a esta herramienta teórica? ¿Cuáles?

Tomando nuevamente el concepto de inconciente, se puede destacar que son distintos los enfoques de la psicología que lo abordan. El que ha tenido más repercusión en América Latina es el trabajo de Freud a principios del siglo XX. La teoría psicoanalítica comenzó como una respuesta clínica a la psicopatología de la época, reconociendo la implicación de lo sexual en la etiología de los diversos cuadros y después de cierto recorrido, terminó dando respuestas a todos los fenómenos psicológicos. La sexualidad reprimida y las vicisitudes de la libido, pudieron entonces, dar cuenta no solo de todas las nosografías sino también del arte, las guerras, el comportamiento de las



masas, los chistes, los olvidos, etc...Desde un “descubrimiento”, o desde un mecanismo particular, se intentan explicar la totalidad de los fenómenos psicológicos. Este signo de la situación de la Psicología, que se repite en muchos otros campos, bien lo describió Vigotsky (1991a) en alusión a la “Crisis de la Psicología” y al significado histórico de la misma.

Muchos psicoanalistas piensan actualmente que su campo de estudio no pertenece a la Psicología, que son otra cosa. Entre ellos mismos se encuentran diferencias metodológicas acerca de la naturaleza del fenómeno que intentan explicar (para algunos) o interpretar (para otros), en relación de si el objeto es de orden lingüístico, fisiológico o social. Cuestiones similares sucedieron con el conductismo (Skinner, 1994), la reflexología (Vigotsky, 1991b), teorías y enfoques que han sido importados al campo educativo. Pero la falencia teórica no está en que aparezcan contradicciones y diferencias dentro de un mismo marco teórico, sino más bien en la negación de las mismas con el fin de no debilitar el sistema conceptual. Esta negación se nutre, en muchos casos, por la efectividad técnica conseguida a pesar de las contradicciones, permitiendo la subsistencia del enfoque. Por ejemplo, en la medicina (Marañón en Pavlov, 1929), el manejo y el aprendizaje de técnicas efectivas ha apartado la discusión de la idea de hombre, de la naturaleza de la práctica y del contexto socio-cultural que subyace en estas técnicas. De tal manera se encuentran profesionales que aplican instrumentos acríticamente, desconociendo las cualidades de su objeto de estudio y respondiendo de manera uniforme a una demanda variable. Esta idea también se encuentra en los resultados de esta tesis.

Ahora bien, volviendo al campo de la Psicología desde donde se plantean las representaciones sociales, si de cada objeto de estudio que se desarrolla en base a algún descubrimiento, se plantea una Psicología diferente, sin la intención de dialogar con otros descubrimientos, sin la necesidad de un auto-análisis metodológico, se pierde la posibilidad de conexiones entre las distintas dimensiones de un fenómeno complejo. Si los avances de la neurociencias no son tenidos en cuenta por los que trabajan con el inconciente, si las funciones del “yo” no son consideradas por los teóricos de la Psicología Social, si las representaciones sociales no dialogan con el modelo de desarrollo de Piaget, estamos condenados a tantas psicologías como objetos aparezcan y, sobre todo, a un reduccionismo negador de la complejidad del fenómeno psicológico. Sostener micro disciplinas en una “tolerancia represiva” (Marcuse, 1965) aleja de posibles discusiones y reflexiones que enriquecerían a la Psicología. Este panorama de fragmentaciones ha

incidido en el campo educativo, aportando herramientas y conceptualizaciones que han confundido y confunde a los actores del campo de la educación.

Por lo tanto, al retomarse la reflexión sobre un objeto de estudio de la Psicología no se puede evitar la pregunta por la ciencia psicológica misma. En la reflexión por el papel de las representaciones sociales en la actualidad, también se debe reconocer los avances en disciplinas diversas e integrarlos de manera prudente para establecer diálogos con las problemáticas educativas, que son complejas y requieren de actualizaciones continuas. De esta manera se evitará tanto la reproducción de reduccionismos y fragmentaciones como la mezcla confusa, viejos y actuales vicios de este campo de conocimiento.

### III. El desafío de las representaciones sociales

La representación social fue un concepto que invitó a la superación de la escisión tajante entre individuo y sociedad. Esta escisión se remonta a los antiguos pensadores griegos (Graumann, 1992), a pensadores modernos y, como se verá, a enfoques actuales. En la temática de las representaciones sociales resulta importante destacar la tradición sociológica francesa personificada en Durkheim. Es a partir del concepto de representación colectiva que Moscovici plantea una reelaboración. Esta sociología durkheimiana es un ejemplo de la dicotomía disociante entre un individuo y su sociedad. Los hechos colectivos coaccionan y coercionan a los hechos individuales (Durkheim, 1974) pero no los constituyen, actúan sobre ellos por fuera y directamente. Este dualismo, que separa en dos niveles de análisis lo individual y lo social, requiere, según la propuesta renovadora de Moscovici, de un enfoque complejo que supere esta dicotomía. Sin embargo, cuesta hoy pensar en una complejidad aparente, no sólo en las Ciencias Sociales sino también en la tradición de las representaciones sociales (a pesar de los esfuerzos del autor fundante). La Psicología, entre otras, parece reproducir una patología genética heredada de Wundt desde los finales del siglo XIX, dolencia expresada en una metodología que no puede aunar en un mismo proceso la psicología experimental, de carácter individualista, con la psicología de los pueblos, de carácter estrictamente social, es decir, lo individual y lo social. En los planes de estudios de las academias, las materias biológicas, las sociales y las individuales, discuten cada una por su lado su porción de lo

psíquico o subjetivo, quedando disociadas estas partes en distintas psicologías sin aparente relación de unas con otras. Autores varios, con gran influencia en la educación, han cuestionado la lógica dicotómica individuo–sociedad. Se puede mencionar como pionero a Vygotsky, con su concepción dialéctica de la relación individuo–sociedad y llegar en la actualidad hasta Bruner, quien en la Psicología Cultural, propone la imposibilidad de comprender al sujeto por fuera de su cultura. El construccionismo también tiene en claro la artificialidad de estas categorías determinantes que separan a las personas de sus mundos. En esta amplia lista de autores que vinculan, se puede situar a Moscovici.

Hace un poco más de medio siglo Moscovici, buscó describir y comprender un tipo de pensamiento. No cualquier pensamiento, sino aquel que recupere para la Psicología Social el interés por los procesos psicológicos dentro de la vida social (Duvenn & Lloyd, 2008). Esto conlleva seguidamente al campo del sentido común, del “pensamiento social”, que emerge a partir de la comunicación y las prácticas sociales.

El contexto histórico no era afín al surgimiento de este concepto. Tomás Ibáñez (1988) aclaró, que la poca aceptación inicial de la teoría, se debía a la profunda influencia de la corriente conductista en el marco teórico de la época. El conductismo reconoce al comportamiento manifiesto conductual como único objeto de estudio, descartando así, otras explicaciones que incluyan elementos subjetivos.

La historia misma de las representaciones sociales fluctúa entre diversas perspectivas teóricas, de tal hecho Montero (1994) plantea la dificultad del esclarecimiento del concepto en términos exhaustivos, Castorina (2008) refiere a los diferentes tipos de investigación que existen en este campo sin implicar una insuficiencia teórica. Esta dificultad se ve estimulada por la complejidad que el mismo término conlleva, una concepción de lo psíquico, una filosofía del conocimiento puesta en funcionamiento sobre un colectivo social y dimensiones de naturaleza diferente en un mismo proceso (lo biológico, lo social, lo individual). Estas dificultades impactan sobre el carácter metodológico de las investigaciones, de tal forma que definen distintos métodos de abordaje para el estudio de las representaciones sociales, distintas técnicas cuantitativas, técnicas cualitativas, técnicas cuantitativas – cualitativas que son desplegadas en función de las distintas vertientes teóricas. En los cuantiosos antecedentes sobre los estudios de las representaciones sociales se observan la utilización de todas estas técnicas dependiendo, claro está, del enfoque teórico–metodológico que propongan.

En la genealogía del concepto se encuentra que el mismo tiene sus antecedentes en la Sociología, Moscovici retoma de Durkheim la representación colectiva y la reelabora acorde a la perspectiva de la Psicología Social (Moscovici, 1961; Jodelet, 1984). La representación social es un concepto que si bien aparece en Sociología sufre en esta un “largo eclipse” del cual la Psicología Social se va a valer para comandar la teorización del concepto, no sin antes haberse desviado por la psicología infantil (Piaget, 1926; Jodelet, 1984).

Los antecedentes teóricos de las representaciones sociales remiten a tres influencias básicas (Mora, 2002): la etnología de Wundt (en el desarrollo de la *Völkerpsychologie*), el interaccionismo simbólico de Mead (rescatando el acto social en su símbolo y significado) y el concepto de representaciones colectivas de Durkheim (abriendo el camino para el estudio de las representaciones sociales). Influido por estos antecedentes Moscovici (1979:17-18) formula: “La representación social es una forma de conocimiento, cuya función es la elaboración de los comportamientos y la comunicación entre los individuos.” Se puede plantear inclusive que las representaciones sociales son entendidas como los conocimientos específicos y los saberes del sentido común que orientan la acción, la comunicación y la comprensión del entorno social, material o ideal (Jodelet, 1984) Pero a esto hay que agregarle el aporte fundamental que el mismo Moscovici reconoce a Lévy Bruhl (Moscovici, 1996). Este antropólogo francés al postular que existen diferentes formas racionales de representarse el mundo, rompe con la idea de una unidad psíquica universal y obliga a pensar en diferentes maneras de organizar el sentido común.

Montero (1994), al realizar un recorrido por los objetos de la Psicología Social, encuentra en las representaciones sociales un intento de superar el carácter estático de los objetos anteriores de la disciplina: actitud, creencias, valor, opinión y estereotipos. Este concepto se plantea de hecho como integrador de tales objetos pero planteando una dinámica particular entre aspectos cognitivos, aspectos afectivos y disposiciones a la acción. Se propone además una interdependencia entre lo psicológico y los condicionantes sociales, postura que es fundamental en esta tesis. Porque es en la sociedad donde se organizan las representaciones sociales, objetivando en un proceso continuo las producciones subjetivas (González Rey, 2009), permitiendo prácticas compartidas y haciendo sentir a los sujetos que sus conductas se apoyan en un conocimiento “verdadero”.

Farr (1983) teoriza en referencia a las representaciones sociales sobre los sistemas de valores, las ideas y las prácticas con una función doble: primero, establecer un orden que permita a los individuos orientarse en su mundo material y social y dominarlo; segundo, posibilitar la comunicación entre los miembros de una comunidad proporcionándoles un código para el intercambio social y un código para nombrar y clasificar sin ambigüedades los diversos aspectos de su mundo y de su historia individual y grupal.

Con estos aportes teóricos se circunscribe un campo de estudio dinámico y complejo pero con referentes empíricos que habilitan a conocer y plantear transformaciones. El lenguaje, las informaciones que circulan en determinados grupos, las acciones cotidianas, brindan un soporte tangencial que puede ser abordado con técnicas y métodos coherentes.

#### IV. La naturaleza de las representaciones sociales y sus diálogos con otros enfoques

La naturaleza de las representaciones sociales es netamente simbólica y lingüística naciendo en función de dar cuenta del sentido común y el conocimiento corriente (Moscovici en Marková, 2003). El estudio de estas representaciones, el volver a la naturaleza del concepto, remite a un trabajo sobre el conocimiento de las comunicaciones y los fenómenos del lenguaje, fenómenos que trascienden al individuo. Aquí se puede establecer un parentesco con algunas de las tesis construccionistas, “el conocimiento no es algo que la gente posee en algún lugar de sus cabezas sino algo que la gente hace junta”, desde aquí es considerado conocimiento a aquello que está representado en proposiciones lingüísticas (Gergen, 1996). Pero las narraciones más que reflejar, crean el sentido de lo que es verdad. Este postulado es compartido con muchos psicólogos sociales que establecen la no linealidad entre el mundo y aquello que es representado.

En esta perspectiva, cada hecho “natural psicológico” es reconocido como un componente de un proceso social específico. Para entender los fenómenos representativos no hay que remitirse entonces a un estado o proceso psicológico de índole individual, sino que hay que considerar a “las personas en relación” (Gergen, 1985).

Entre el construccionismo y la teoría de las representaciones sociales se puede encontrar entonces un parentesco sostenido en:

- La importancia del lenguaje a la hora de ser entendido como el vehículo primario de la puesta en marcha de los fenómenos psicológicos. Herramienta clave para la determinación no sólo de lo social sino también de aquello que llamamos individuo.
- Ambos son constructivistas en el sentido de pensar que la realidad misma se va constituyendo en base a relaciones, discursos sobre esas relaciones y que la misma no está dada de antemano.
- Ambos plantean una crítica a la ciencia clásica positivista e individualista.
- En ambos se sostiene explícita o implícitamente una perspectiva compleja de reconocimiento de las unidades de análisis. Lo individual, lo social, lo biológico, lo cultural, lo racional, lo emocional... Constituyen cualidades esenciales e históricas del devenir humano.

Si bien estas cuestiones son generales y no habilitan a pensar en una integración efectiva, constituyen un punto de encuentro. La tenaz crítica del construccionismo puede enriquecerse con la tradición epistemológica de la Psicología Social en la perspectiva de las representaciones sociales, para no solamente ser un aparato crítico sino una fuente metodológica para resolver problemáticas educativas. A su vez, la extrema diversidad de enfoques que ha adquirido la teoría de las representaciones sociales puede encontrar, en el poder crítico del construccionismo, una brújula que permita volver a recuperar la esencia del concepto, en su naturaleza simbólica, interpretativa, desembarazándose específicamente de los componentes reduccionistas y positivistas que desde los inicios se critican.

El embrión de las teorías modernas de la cognición se encuentra según Moscovici en Piaget y en Vygotsky (Moscovici, 1996). Según él, los esfuerzos de estos dos psicólogos por explicar los conceptos de Lévy Bruhl fundaron una nueva psicología. Pero

no se debe desconocer que estos dos psicólogos en muchos sentidos tenían una perspectiva opuesta acerca del cómo se desarrollan las funciones psíquicas, mientras que en Piaget, las mismas responden a una iniciativa interna de sostén biológico, en Vygotsky, el plano social es el motor de los desarrollos. Ambos plantean una relación individuo-sociedad aunque el acento está puesto en distintos puntos. Estas y otras divergencias más sitúan a estos autores en perfiles metodológicos divergentes (Bruner, 2006). Si bien los estudios teóricos han reconocido desde hace mucho tiempo el carácter semiótico de las representaciones sociales (Mocovici, 1979; Jodelet, 1984) los análisis de las mismas han enfatizado más el proceso de anclaje y objetivación, centrados en procesos internos, que la naturaleza del significado de índole socio-cultural (Duvenn & Lloyd, 2008).

Acorde al acento que tiene lo socio-cultural en los trabajos teóricos de las representaciones sociales y en la genealogía histórica conceptual, un investigador de este campo coherente con estos puntos, se reconoce más en perspectivas que priorizan el papel de la sociedad y sus símbolos en los procesos del pensamiento. La Psicología Cultural de Bruner, heredera del espíritu vigotskiano (junto con el pragmatismo clásico, la antropología interpretativa y el culturalismo), en su reivindicación del significado y de la cultura como forjadora de los instrumentos necesarios para la vida humana y, de la interpretación como ejercicio coherente a las cualidades de lo estudiado, permite establecer un diálogo directo con la teoría de las representaciones sociales. Al acercar estos enfoques se habilita a trasgredir los cercos disciplinares de una Psicología centrada en sí misma. La Psicología Cultural obliga a pensar junto a una antropología cultural, junto a un modo complejo de entender lo biológico, junto a una lingüística pragmática y en relación a todas las materias que permitan comprender a los humanos en su contexto.

De tal manera el encuentro crítico entre otras perspectivas teóricas y la teoría de las representaciones sociales parece no sólo posible sino prometedor para entender y dar cuenta de las representaciones sociales de actores del campo de la educación y de la salud. Actores que forman parte de espacios sociales y de grupos de trabajos cotidianos. .

## V. Incertidumbres de quienes investigan Representaciones Sociales

“La Mola tiene que pasar por túneles en su búsqueda.

Los túneles son la estructura del juego”

Menegozzi. La mola. (2009, p. 11)

Al asumir la naturaleza de las representaciones sociales como simbólica, cultural, dinámica y dialéctica, se introduce un debate actual en las Ciencias Sociales que promueve por un lado recuperar a la “doxa” como objeto digno de estudio y, por el otro, abandonar el clásico énfasis por explicar de las ciencias duras. La apuesta metodológica estaría en la intencionalidad científica de comprender.

Recuperando el enfoque cultural de la acción social, conciliando con los enfoques hermenéuticos (Gadamer, 2002), se habilita a una metodología comprensiva. El objetivo es interpretar los significados que se inscriben en las representaciones sociales, cuales son las redes de sentidos con los que los maestros, los encargados de crianza y los profesionales de salud, al formar parte de un grupo, definen sus conocimientos cotidianos.

¿Con qué trabaja el investigador de las representaciones sociales? ¿Trabaja con grupos, con personas, con instituciones? ¿Indaga un conocimiento, procesos, productos, pensamientos? Las numerosas definiciones de representaciones sociales abren un abanico extenso de posibilidades, el mismo puede confundir con aires diversos. Las representaciones sociales han sido nombradas por la vasta bibliografía como: programas de percepción, órganos culturales, estructuras mediadoras, metáforas sociales, códigos estructurantes, productos colectivos, procesos significantes, teorías cotidianas, marcos simbólicos, imaginarios colectivos, etc.

Este apartado no apunta a definir una postura metodológica arbitrariamente o a inducir a una opción conceptual por sobre otra. Más que nada apunta a sostener la coherencia lógica de la utilización de esta herramienta teórica. El objetivo está en no distorsionar una naturaleza histórica conceptual que discute con el positivismo y con la escisión entre el individuo y su sociedad. También se compromete con el reconocimiento del sentido común como objeto de estudio.

Muchas de las investigaciones analizadas y expuestas, en la siguiente parte de este capítulo, han caído en la trampa epistemológica de validar sus investigaciones en función de la cuantificación o uso de la estadística clásica. Al plantearse como imperativo el hecho de establecer generalizaciones, leyes y a hacer extensivos los resultados, han perdido de



vista que las representaciones sociales son de un grupo singular que merece ser comprendido con sus propias significaciones y sentidos en lugar de comenzar con una serie de observaciones, mediciones e intentar incluirlas bajo el dominio de una ley. También se puede hacer ciencia a través de observaciones que apunten a inferencias significantes, intentando construir marcos inteligibles con categorías que emerjan del propio campo empírico. De esta manera, las representaciones sociales, son elaboradas en base a lo que las propias personas están simbolizando en su grupo social a través de la comunicación y sus actividades, exponiendo las contradicciones y las emergencias propias de toda acción humana. Las representaciones sociales así, se constituyen como un objeto teórico diferente a aquel que las ciencias físicas programan detectar, medir y explicar en tanto a variables predefinidas.

El sentido común en su dinamismo histórico, en su pragmática social, depende de un análisis que desentrañe las configuraciones particulares de significación, determinando un espacio social y un determinado juego de fuerzas. Su estudio permite dar cuenta de conocimientos que al no poder ser formalizados escapan a reglas estructurales y artificiales a su vez que sostienen la espontaneidad de las acciones cotidianas. Se reivindica el plano de lo legítimo por sobre lo legal en lo que hace a la jerarquización de fórmulas epistemológicas sociales y se hace necesario transitar continuamente entre el discurso de la ciencia y el discurso de los saberes cotidianos.

## VI. Producciones y significados sobre las representaciones sociales

En este apartado se realizará una exploración acerca de las producciones escritas en el campo de las representaciones sociales, principalmente abarcando Iberoamérica. Las fechas de búsquedas arrancaron en el 2012 y la tendencia de los hallazgos continúa hasta el presente (2019).

Tomando en consideración las publicaciones en Redalyc se encuentra que la palabra Representaciones Sociales arroja un total de 500671 documentos. La mayoría de los artículos estudiados no hacen referencia alguna a las representaciones sociales ya que el criterio de búsqueda incluye el término representación o sociales. Pero los artículos que si pertenecen a esta línea teórica, de los trabajos encontrados, tomando una muestra

aleatoria de 400 artículos, se encuentra que el 75% de los artículos proceden de investigaciones sobre representaciones sociales de algún objeto en particular, como por ejemplo: Representaciones sociales de “ciudadanía”, “derechos humanos”, “paternidad”, “enfermedades”... Representaciones sociales referentes a distintos grupos sociales: jóvenes, profesionales de salud, niños, poblaciones rurales, etc. El resto de las investigaciones pertenecen a estudios teóricos sobre el concepto, rastreos teóricos históricos y relación con otras corrientes de pensamiento.

Haciendo una especificidad en el campo de las revistas de Ciencias Sociales, en una búsqueda avanzada, se encuentran 1075 trabajos que hacen referencia a las representaciones sociales. 1341 trabajos son de revistas de educación. Hay numerosos artículos en revistas de Psicología, de Antropología, del Área Salud y de revistas multidisciplinarias. En revistas de Sociología se encuentran 1361 trabajos. Aparecen trabajos en revistas de las Ciencias Naturales, en revistas de medicina y de Veterinaria. Es el campo educativo el que domina la producción total de documentos, con un 13,79% de la producción total.

Google académico arrojó 93.900 artículos sobre “representaciones sociales” de los cuales más 13% corresponden al período desde el 1/1/2017 hasta el 21/04/2019, lo que muestra que la producción en este campo es aún fructífera.

La página Scielo posee 1475 artículos sobre representaciones sociales hasta el 21/04/2019. Más del 30% corresponden a los últimos tres años. Esto permite inferir, junto con la búsqueda en las otras fuentes, que la producción en esta línea teórica es por demás de actual, renovándose los objetos de indagación junto con las relaciones entre esta teoría y los nuevos campos de indagación conceptual.

La sociología y el campo de la educación ha tomado el protagonismo en la producción, intentando dar cuenta en sus objetivos del pensamiento social y sus vínculos con lo educativo. Ahora bien, y volviendo a reflexiones anteriores, si las representaciones sociales se mantienen con la misma lógica que las Representaciones Colectivas durkhenianas, si solo sirven para describir a una sociedad que determina exteriormente a un individuo pasivo, desubjetivado, sin intenciones, deseos y cuestiones singulares... se están reproduciendo los vicios mismos que conducen, tal cual el positivismo promulga, a excluir elementos complejos de los campos de investigación. Aquello que no pueda ser

medible, cuantificable, contrastado directa y empíricamente, controlado y predicho, queda por fuera del obrar científico.

A partir de esta mínima exploración se puede concluir que la producción escrita en este campo es sumamente actual. En los dos últimos años no han bajado los números de artículos publicados, las bases consultadas arrojan porcentajes altísimos de trabajos recientes (13% y 28%).

Otra característica encontrada en el general de las publicaciones es el carácter multidisciplinario de la producción. Este objeto de estudio ha sido considerado por el amplio abanico de las ciencias, desde las sociales hasta las naturales pasando por carreras como sociología, psicología, medicina, antropología, veterinaria, enfermería, entre otras... La versatilidad del concepto habilita a un trabajo desde diferentes perspectivas. Por supuesto que no todo pensamiento social o resultado de un cuestionario o entrevista es representación social, pero no por eso se debe excluir a priori la riqueza que a esta teoría le puedan dar los heterogéneos trabajos.

La mayor cantidad de trabajos tienen que ver con intentos de dar cuenta objetos sociales de interés público (ciudadanía, derechos humanos, paternidad, enfermedades) pero distinguiendo un grupo en particular por diferencia de otro. Es decir, las representaciones sociales permiten mostrar las diversidades sociales, las distintas maneras de concebir que existen en una comunidad determinada. Esto hace referencia al espíritu de Moscovici en relación a los trabajos de Levy Bruhl en donde se intenta demostrar que existen diferentes formas de pensamiento, distintas maneras de habitar en el mundo.

La actualidad, la diversidad disciplinar participante, el compromiso por comprender objetos relevantes para la sociedad, ameritan a seguir reflexionando sobre este campo de estudio, aportando a las problemáticas que atraviesan a los actores del campo de la educación y de las infancias.

## VII. Límites y posibilidades de la teoría

Como se ha analizado anteriormente, la perspectiva teórica de las representaciones sociales, que ya recorre más de medio siglo, posibilita el abordaje de una gran amplitud de temáticas con variadas opciones técnicas para la resolución de

objetivos. Un desafío histórico para gran parte de la Psicología Social fue el de encontrar un concepto preciso que medie entre la acción y un individuo, con el fin de poder pronosticar las conductas y también controlarlas. De esta manera se propusieron varios conceptos utilizados para dar cuenta del comportamiento: actitudes, valor, creencias, opinión, estereotipos. Estos objetos propuestos pueden definirse en relación a los otros sin indicar una claridad teórica explícita (Montero, 1994). Por otro lado, estos conceptos no cumplieron con el ideal positivista de poder predecir y medir con exactitud las conductas.

Las representaciones sociales integran conceptos planteados anteriormente, pero desde un entramado metodológico diferente. Para empezar, no se consideran ontológicamente como un objeto natural, como un elemento dotado de una lógica empírica que pueda ser directamente medido y/o cuantificado. Tampoco forman parte de un principio directo de conducta o como una causalidad que constituya una garantía de predicción del comportamiento. Límites que posibilitan.

Las representaciones sociales hacen referencia a un contenido representacional y el hecho de representar algo depende indudablemente de un funcionamiento cerebral. Pero esta certeza solo ilustra una mínima parte de la cuestión, más si la problemática se focaliza en el contenido mismo de lo que se está representando y no tanto en el mecanismo biológico donde se apuntalan los procesos. La sustancia de una representación está definida por su carácter temático, por la configuración de significados que desde un sujeto se articulan con una historia grupal, por el condicionamiento de pertenencia a una clase social y a un habitus de clase y por la implicancia de una ideología política. Estas características reflejan un encadenamiento de símbolos y sentidos subjetivos que no puede entenderse desde el mapa genético de un ser humano ni desde la modularidad formal de estructuras cerebrales. Las condiciones anatómicas forman parte de una instancia necesaria para el funcionamiento, pero esta dimensión única no da cuenta del conjunto representacional en su semántica. Desde punto es que se debe mantener precaución a la hora de asumir las distintas dimensiones que participan de los hechos psíquicos. Así como las representaciones sociales no pueden explicarse cabalmente por su referencia a una propuesta biológica, tampoco se puede eximir de esta cualidad, en alguna perspectiva, para su entendimiento.

Cuando Moscovici (Moscovici & Hewstone, 1988) plantea que las representaciones se estructuran alrededor de tres componentes fundamentales: la actitud

hacia el objeto, la información sobre ese objeto y un campo de representación donde se organizan jerárquicamente una serie de contenidos, habilita a pensar, en este objeto teórico, la conjunción de elementos afectivos, cognoscitivos y estructurales. Estos componentes se entienden de la siguiente manera:

- La actitud, es el elemento afectivo de la representación. Constituye la reacción emocional hacia el objeto, como una orientación evaluativa que orienta la acción hacia un objeto.
- La información, es el componente cognoscitivo. Involucra los conocimientos en torno al objeto de representación. La cantidad y la calidad de los mismos se encuentra en relación a la pertenencia grupal y a la inserción social. La información condiciona las prácticas sociales y la distancia con respecto al objeto.
- Campo de representación, es el elemento estructural. Hace referencia al como se organizan los contenidos representacionales en una estructura significativa sólida y organizada. Se articulan, en el campo de representación, relaciones con otras representaciones en pugnas simbólicas (con correlatos en acciones), históricas y dinámicas, que le dan sentido al significado de un particular esquema figurativo.

La posibilidad de no dissociar en el tratamiento de las representaciones sociales, lo individual de lo social, lo emocional de lo cognitivo, el pensamiento de la acción, permite ilustrar una perspectiva beneficiosa para dar cuenta del conocimiento y las prácticas sociales. Lo que se manifiesta en los enunciados y acciones admite, en el ejercicio de esta teoría, la comprensión de instancias subjetivas, en su contraste y singularidad, registrándose múltiples contextos y posiciones.

#### Referencias bibliográficas

Bajtin, M. (2011). *Las fronteras del discurso: el problema de los géneros discursivos: el hablante en la novela*. (1a Ed.). Buenos Aires: Las cuarenta.

- Bordieu, P. (1985). Espacio social y génesis de las clases. En *Revista Espacios de crítica y producción*, Julio/Agosto 1985 (pp. 24-35). Original publicado en *Actes de la Recherche en Sciences Sociales*, 52/53. París. Junio de 1984.
- Borges, J. (2005). *Ficciones*. Buenos Aires: Editorial Emecé.
- Bruner, J. (2006). *In Search of Pedagogy. The Selected Works of Jerome Bruner*. Estados Unidos: Routledge.
- Castorina, J. (2008). *Representaciones Sociales. Problemas teóricos y conocimiento infantiles*. Barcelona: Editorial Gedisa S. A.
- Durkheim, E. (1974). *Las Reglas del Método sociológico*. Argentina: Editorial La Pleyade.
- Duvonn, G. & Lloyd, B. (2008). Las representaciones sociales como una perspectiva de la psicología social. En: Castorina, J. A. (comp). *Representaciones Sociales. Problemas teóricos y conocimiento infantiles* (pp. 29-41). Barcelona: Editorial Gedisa S. A.
- Farr, R. (2005). La individualización de la Psicología Social. En: *Polis: Investigación y Análisis Sociopolítico y Psicosocial* 2, 135-150.
- Gadamer, G. (2002). *Verdad y Método*. Salamanca: Sígueme.
- Gergen, K. (1996). *Realidades y Relaciones: Aproximación a la Construcción Social*. España: Paidós Ibérica.
- Gergen, K. (1985). *El movimiento del construccionismo social en la psicología moderna*. *American Psychologist*, 40, 266-275.
- Gonzalez Rey, F. (2009). Epistemología y Ontología: un debate necesario para la Psicología hoy. *Revista Diversitas Perspectivas en Psicología*, 2, 205-224.
- Graumann, C. (1992). Introducción a una historia de la Psicología Social. En: Hewnstone M. y otros. *Introducción a la Psicología Social* (pp. 21-35). Barcelona: Ariel.
- Ibañez, T. (1988). *Ideologías de la Vida Cotidiana*. Barcelona: Editorial Sendai.
- Jodelet, D. (1984). La representación social: fenómenos, concepto y teoría. En: Moscovici, S. (comp.) *Psicología Social II* (pp. 469-494). Barcelona: Paidós.
- Marai, S. (2004). *Confesiones de un burgués*. Barcelona: Salamandra.
- Marcus, G. (2014, Julio 12). *The trouble with Brain Science*. *The New York Times*, p. A17.
- Marcuse, H. (1969). Repressive Tolerance. En: Wolff, R. P.; Moore Jr., B.; Marcuse, H. *A Critique of Pure Tolerance*. Boston: Beacon Press.

- Marková, I. (2003). La presentación de las representaciones sociales: diálogo con Serge Moscovici. En: Castorina, J. A. (comp.) *Representaciones Sociales. Problemas teóricos y conocimiento infantiles*. Barcelona: Editorial Gedisa: S. A.
- Marradi, A, Arechenti, N. & Piovani, J. (2007). *Metodología de la Ciencias Sociales*. Buenos Aires: Emece.
- Menegozzi, M. (2009). *La Mola*. Buenos Aires: Vinciguerra.
- Montero, M. (1994). *Construcción y Crítica de la Psicología Social*. Barcelona: Editorial Anthropos.
- Mora, M. (2002). *La teoría de las representaciones sociales de Serge Moscovici*. Atenea Digital, 2, 1-25.
- Moscovici, S. (2003). La conciencia social y su historia. En: Castorina, J. (comp.). *Representaciones Sociales. Problemas teóricos y conocimiento infantiles* (pp. 111-153). Barcelona: Editorial Gedisa, S. A..
- Moscovici, S. (1996). La conciencia social y su historia. En: Castorina, J. (comp.). *Representaciones sociales. Problemas teóricos y conocimiento infantiles* (pp. 91-111). Barcelona: Editorial Gedisa, S. A.
- Moscovici, S. (1979). *El psicoanálisis, su imagen y su público*. Buenos Aires: Editorial Huemul S.A.
- Moscovici, S. & Hewstone, M. (1988). De la ciencia al sentido común. En S. Moscovici (Ed.), *Pensamiento y vida social. Psicología social y problemas sociales*. Buenos Aires: Paidós.
- Pavlov, I. (1929). *Los reflejos condicionados*. Madrid: Javier Morata.
- Piaget, J. (1926). El método clínico. [Introducción a La representación del mundo en el niño]. Trad. Cast. En J. Delval 1982 (Comp.) *Lecturas de Psicología del niño I* (pp. 231-264). Madrid: Alianza.
- Samaja, J. (2004). *Epistemología de la Salud*. Buenos Aires: Lugar.
- Shelley, M. (2004). *Frankenstein o el moderno Prometeo*. Libros en red.
- Skinner, B. F. (1994). Las causas del comportamiento. En: *Sobre el conductismo*, pp. 12-22. Madrid: Planeta.
- Temporetti, F. (2006) *Teorías y Metodologías en la Psicología. Análisis histórico crítico*. Facultad de Psicología. Rosario: Universidad Nacional de Rosario.
- Valladares, D. & Ferramola, R. (2011). Interpretación de Copenhague: de la explicación al instrumento predictivo. *Fundamentos en Humanidades*, 23, 25-37.
- Vigotsky, L. S. (1991a). El significado histórico de la crisis en la psicología. En: *Obras*

*Escogidas, Tomo I*, pp. 258-413. Madrid. España: Aprendizaje Visor.

Vigotsky, L.S. (1991b). Los métodos de investigación reflexológicos y psicológicos.

En: *Obras Escogidas, Tomo I*, pp. 3-22. Madrid. España: Aprendizaje Visor.

Vergara-Quintero, M. (2008). La naturaleza de las representaciones sociales. *Revista latinoamericana de ciencias sociales y niñez*, 6, 55-80.



### Capítulo 3. Posicionamiento metodológico y retos del campo educativo

#### I. La metodología como campo de decisiones

“Existen dos procedimientos metodológicos distintos para las investigaciones psicológicas concretas...

Algunos animales –los de cuerpo blando– llevan por fuera su osamenta como lleva el caracol su concha; otros tienen el esqueleto dentro, en su almacén interna.”

Vigotski (1995, p.28)

Cuando se plantea la metodología de un trabajo de investigación, con frecuencia, los lectores son remitidos a un apartado especial, compuesto de técnicas, fórmulas y modos de operar con el material empírico. Se explicita, por lo general, determinaciones sobre lo cuanti y/o lo cuali, la descripción de las herramientas con las que se obtiene información, cuestiones sobre la población, muestra y procesamiento de esa información. De tal manera, estos modos de definir y operar, quedan momentáneamente aislados de todas las discusiones previas e incluso futuras, pudiéndose extrapolar la metodología así entendida, a cualquier otro tipo de estudio e incluso disciplina.

Cuando la metodología representa únicamente una fórmula preestablecida para resolver problemas de cualquier naturaleza, puede decirse que se aparta del terreno de las elecciones para desenvolverse en la lógica ortodoxa de la réplica de formatos (Achili, 2005). Hay todo un posicionamiento que convalida este esquema. De hecho, en la enseñanza de las metodologías en las Ciencias Sociales, ha primado el carácter formativo y normativo más que la dimensión de contenidos y reflexión sobre lo que se investiga. Así se presencian cursos dictados “metodólogos generalistas”, “estadistas”, “especialistas de métodos”, que promulgan las leyes generales del proceder científico<sup>1</sup>. Daría lo mismo

<sup>1</sup> Para más información se recomienda el acceso a la investigación de cátedra de Metodologías de la Investigación en Psicología llamada: “La enseñanza de la metodología de la investigación psicológica en la formación profesional. Estudio desde el inicio de la carrera de psicología a la actualidad (1955-2010)”.

entonces, investigar sobre las problemáticas cognitivas de niños en Indonesia que sobre las representaciones sociales de una comunidad venezolana, los efectos de las políticas neoliberales en países emergentes o las estrategias de interpretación de textos en las escuelas de España. Solo se reconocería un método válido, con opciones reguladas y la exigencia validadora de las estadísticas como herramienta ineludible.

Lo que fue readaptándose del positivismo, en sus distintas versiones (Comte, 1980; Hahn, Neurath, Carnap, 1929), es la búsqueda de un lenguaje único, estableciéndose para ello un modelo de ciencia que pueda ligarse directamente con el contenido de la experiencia fáctica (lenguaje observacional) o reglas de correspondencia. La ciencia unificada podría entonces ejecutarse con un método unificado, donde las problemáticas de la Pedagogía, de la Psicología Genética, de la Gestalt, se resuelvan con el mismo compromiso hacia la experiencia y ejecución de estrategias de análisis. Si bien este tema da para más desarrollo, lo importante en la instancia de este trabajo, es describir una actitud diferente hacia las cualidades específicas de las representaciones sociales de los maestros, encargados de crianza y profesionales de la salud. Esto se traduce, como se verá, en una concepción diferente de metodología que la representada por el consenso ortodoxo.

El campo metodológico, por otro lado, puede ser entendido como una confluencia de elementos epistemológicos, teóricos y empíricos (Samaja 1994; Achilli 2005). Al reconocer esta complejidad, que configura distinciones entre las representaciones de ciencia (lo epistemológico), las teorías y las estrategias técnicas; la metodología se convierte en un campo de decisiones y confrontaciones. Las respuestas operativas se distinguen acorde a las naturalezas de las preguntas y el investigador no reniega de la particularidad histórica del conocimiento ni de la singularidad de él mismo como miembro de una cultura científica. No se pone en duda por esto de la responsabilidad por construir un conocimiento argumentado y crítico, explicitando claramente la estrategia específica de como entiende el investigador el diálogo entre teoría y empiria. Es preciso, en coherencia con este reconocimiento, desarrollar un proceso de reflexión integral, que permita mantener la tensión entre las herramientas intelectuales y los modos de operar concretamente (Marradi, Arechenti, Piovani, 2007). Como plantean epistemólogos críticos, ocuparse de la metodología y también de su comunicación y enseñanza, es

situarse en tensiones, tomando decisiones dentro de las posibilidades mismas del investigador y lo investigado; una dialéctica que se desarrolla en planos conceptuales-técnicos permeables a contextos socio-históricos, políticos y económicos.

El modo asumido con respecto a la objetividad en este estudio, distó del pretendido objetivismo que encumbró gran parte del desarrollo de las ideas científicas: erradicación de la subjetividad, acceso directo y natural a un objeto de estudio, exposición pura del dato y análisis unidireccional hacia una verdad. En el desarrollo de este trabajo se asumió una estrategia de intersubjetividad crítica. Con la misma se entiende, que, ante la imposibilidad de excluir a la subjetividad en cualquier ámbito de producción de conocimientos, lo más legítimo resulta del exponer las condiciones generales y personales asumidas por el investigador en el proceso general del trabajo (Gonzalez Rey, 2000a).

Reconociendo entonces, los supuestos y aclarando las asunciones realizadas, detallando con argumentos las decisiones tomadas en la construcción de los indicadores, describiendo las tácticas para el manejo de las evidencias y para el análisis de las mismas, se espera haber producido un conocimiento objetivo que no reniegue de la subjetividad inherente a todo conocimiento. La pretensión ficticia de sustraer el sujeto cognoscente, no permite potenciar con claridad la capacidad humana de utilizar estrategias de objetivación (Morin, 1980).

## II. Las representaciones sociales y las opciones metodológicas

*“Y cuando los prisioneros se pusieron a hablar, tenían una teoría de la prisión, de la penalidad, de la justicia.”*

*Foucault (1992, p. 34)*

Al asumirse un posicionamiento con respecto a la naturaleza de las representaciones sociales (Capítulo 2) se ha expuesto el debate de las ciencias sociales con respecto a recuperar la “doxa” como objeto de estudio, el terreno del sentido común. También se hizo referencia a la importancia de ir más allá del clásico y automático énfasis por explicar de las ciencias, realizando así, una apuesta por la interpretación.

Considerando el enfoque cultural de la acción social y conciliando los enfoques hermenéuticos, se habilita a una metodología comprensiva (Gadamer, 2002). El objetivo es interpretar los significados que se inscriben en las representaciones sociales, cuáles son las redes de sentidos con los que las personas al formar parte de un grupo definen sus conocimientos cotidianos.

Retomándose los interrogantes teóricos anteriores, es menester actualizar las respuestas haciendo hincapié en las decisiones metodológicas: ¿Con qué trabaja el investigador de las representaciones sociales? ¿Trabaja con grupos, con personas, con instituciones? ¿Indaga un conocimiento, procesos, productos, pensamientos? Las numerosas definiciones de representaciones sociales que se han hecho referencia, abren un abanico extenso de posibilidades técnicas, el mismo puede confundir por la amplitud de opciones. Las representaciones sociales han sido nombradas de diversas maneras y han sido tramitadas por tantas otras, pero este estudio no apunta a definir taxativamente una postura metodológica o a inducir a una opción conceptual por sobre otra. Apunta a sostener la coherencia lógica de la utilización de esta herramienta teórica y a no distorsionar una naturaleza histórica conceptual que se posiciona ante el positivismo. También se intenta evitar fragmentaciones entre las representaciones, los actores en el campo de la infancia, su espacio social y las prácticas vinculadas, sin priorizar de antemano un conocimiento por sobre otro y explicitando aquellas realidades invisibilizadas por otros “marcos teóricos”.

Muchas de las investigaciones analizadas y expuestas en la siguiente parte de este artículo, han caído en la trampa epistemológica de validar sus investigaciones en función de la cuantificación o uso de la estadística clásica. Al plantearse como imperativo el hecho de establecer generalizaciones, leyes y a hacer extensivos los resultados, han perdido de vista que las representaciones sociales son de un grupo singular que merece ser comprendido con sus propias significaciones y sentidos. En lugar de comenzar con una serie de observaciones, mediciones e intentar incluirlas bajo el dominio de una ley, se puede hacer ciencia también a través de observaciones que apunten a inferencias significantes, intentando construir marcos inteligibles con categorías que emerjan del propio campo empírico. De esta manera, las representaciones sociales, son elaboradas en base a lo que las propias personas están simbolizando en su grupo social, a través de la comunicación y sus actividades, exponiendo las contradicciones y las emergencias propias de toda acción humana. Las representaciones sociales se constituyen así, como

un objeto teórico diferente a aquel que la ciencia ligada al positivismo programa detectar, medir y explicar en tanto a variables predefinidas.

El sentido común en su dinamismo histórico, en su pragmática social, depende de un análisis que desentrañe las configuraciones particulares de significación, determinando un espacio social y un determinado juego de fuerzas. Su estudio permite dar cuenta de conocimientos que, al no poder ser formalizados, por un lado, escapan a reglas estructurales y artificiales y, por el otro, sostienen la espontaneidad de las acciones cotidianas. Se reivindica el plano de lo legítimo por sobre lo legal en lo que hace a la jerarquización de fórmulas epistemológicas sociales. También se hace necesario transitar continuamente desde el discurso de la ciencia, hasta el discurso de los saberes cotidianos, sin desconocer el punto de partida.

En consonancia con la discusión teórica del capítulo anterior, se debe reconocer que para el estudio de representaciones sociales no existe una estrategia única de trabajo (Kornblit, 2007). Jodelet (1984) señala dos orientaciones metodológicas, condicionadas a la decisión de considerar el estudio de los contenidos representacionales como un campo estructurado o bien los contenidos como campo semántico. También se debe definir si las representaciones sociales van a ser trabajadas como productos definidos o como procesos. En esta tesis se consideraron los indicadores referentes a los enunciados en función de los objetivos, de tal manera se mantuvo la perspectiva de considerar a estos enunciados en sus procesos, comprendiendo esta forma de “conocimiento social” en sus múltiples manifestaciones tanto semánticas como estructurantes, distinguiendo la confrontación y la generación de nuevas representaciones.

Di Giacomo (1987) elabora para el estudio de las representaciones sociales algunos principios metodológicos que en este trabajo son consideradas:

- no se puede prejuzgar sobre la extensión posible del campo figurativo del objeto.
- las representaciones mismas son las que guían para reconocer a grupos ideológicos diferentes o antagónicos.
- debe disponerse de métodos que hagan visible la estructura de opiniones en un sistema más o menos definido.

- toda investigación acerca de las representaciones sociales debe contar con criterios establecidos relativos a la existencia y consistencia de la representación, con el fin de poder enmarcarla y analizarla.
- deben existir criterios mínimos: la relación de los aspectos emotivos y actitudinales y la capacidad del modelo para integrar nuevos elementos (carácter modélico), y la relación entre los comportamientos (carácter funcional).

El modo en como resolver y tomar partido en la diversa tradición teórica de las representaciones sociales, dependió de la manera en como se problematizó la relación entre los sujetos, sus conocimientos y la sociedad. La pregunta se circunscribe en la forma en como un miembro de una comunidad particular concibe, conoce y actúa en función de la salud infantil, y considera que también es necesaria la comprensión de la estrategia utilizada por estos sujetos al construir símbolos, valores y significados. Es imprescindible respetar, con las distintas técnicas, la dimensión singular de esa relación, reconociendo el contexto específico que entrama a ese individuo-comunidad en una historia. La interpretación se vincula con esta decisión. Las ciencias que se comprometen con objetos complejos se edifican en un terreno fronterizo, con límites difusos, entre la interpretación y la explicación.

### III. Descripción del enfoque metodológico asumido en esta investigación

Desde la Psicología, y considerando la llamada “Epidemiología Psicológica” (Calderón, 2001), se plantea la importancia de trabajar sobre los discursos de la comunidad referidos a los procesos de salud-enfermedad. Es entiende que esta actividad es clave y necesaria para describir las representaciones sociales con las que cada sujeto de un grupo social cotidianamente intenta comprender y dominar su contexto. La naturaleza de las representaciones es netamente simbólica y lingüística, y surge en función de dar cuenta del sentido común y el conocimiento corriente (Moscovici en Markova, 2003). El estudio de estas representaciones remite a un trabajo sobre el conocimiento sostenido en las comunicaciones y los fenómenos del discurso, que

trasciende tanto al individuo aislado como al sujeto concebido como un mero producto de un hecho social.

Pero en sí mismo el término discurso remite a diferentes perspectivas teóricas e inclusive puede ser inespecífico como unidad de análisis. El concepto en sí mismo ha sido objeto de múltiples connotaciones y es considerada una de las categorías más polisémicas de la literatura social (González Rey, 2000a). Si bien en la perspectiva asumida se podría considerar al discurso como un objeto conceptual que permite el acceso a procesos de significación. Pero sin descuidar el contenido ideológico, ni las determinantes sociales, y con referencia a los procesos de subjetivación, es el enunciado la unidad específica de su tratamiento. Porque como analiza Bajtin (2011), “el discurso” o “la corriente discursiva”, entendido clásicamente como un conjunto de oraciones, o palabras, o fonemas... no posee una definición precisa que permita aclarar operacionalmente con qué se trabaja metodológicamente. El discurso sólo podría existir concretamente en forma de enunciados, en sujetos discursivos. En esta línea metodológica también se encuentra la relectura de Benveniste, Austin y demás representantes de la pragmática del lenguaje.

El enunciado refiere a los tipos relativamente estables de formas de expresión. Si bien cada expresión es individual, la misma pertenece a una esfera de uso de la lengua, a un género discursivo materializado en el enunciado. Estas expresiones reflejan condiciones específicas y objetivos de un ámbito específico, a través de un contenido (temática), un estilo y un ejercicio de composición (Bajtin, 2011). Se podría pensar, siguiendo a Voloshinov (1992), que un enunciado refiere a un acontecimiento de palabra que establece una refracción respecto de la situación interaccional donde se produce, y del contexto social en el cual emerge. El nivel interaccional y la dimensión subjetiva del sujeto discursivo son irreducibles a factores externos o internos. El enunciado, entendido así, está condicionado y da cuenta de un tejido social sin estar determinado linealmente por alguna estructura material-externa o por principios ideales-subjetivistas. El enunciado entonces, no es una unidad condicional sino una unidad real, delimitada con claridad por el cambio de los sujetos discursivos.

Uno de los campos privilegiados de manifestación de las representaciones sociales es el espacio discursivo (González, 2002) involucrado en otras formas pertenecientes al imaginario social (tradiciones, creencias, ideologías, etc.). Los “sentidos subjetivos” se materializan en los enunciados, dicho de otro modo, el hablante tiene un compromiso

ineludible con una comunidad lingüística conformada por géneros discursivos. Estos, no son entendidos como medio de comunicación entre un emisor y un receptor, sino como la expresión misma de la historia social en el lenguaje, “materia prima” para ser interpretada (Lulo, 2002).

#### Técnicas utilizadas

Las unidades de análisis fueron entonces los enunciados sobre salud y enfermedad infantil de los maestros, encargados de la crianza del niño (madre, padre o tutor), y los profesionales de la salud. Estos enunciados se concretizaron en respuestas verbales organizadas que surgieron a partir de entrevistas en profundidad semi-estructuradas. El eje de la entrevista se posó prioritariamente en la dimensión establecida: la representación de salud y en la representación de enfermedad en la infancia, promoviendo una diferencia en estos contenidos. De estas categorías principales, el eje se ubicó sobre las demandas de salud consecuentes y las respuestas sanitarias en juego. Dentro de los tópicos generales de las entrevistas estuvo además la posible vinculación entre educación y salud, la relación con los medios de comunicación, la formación previa sobre el tema y otros enunciados que pudieron vincularse con las representaciones descriptas.

Cabe mencionar que las entrevistas se focalizaron sobre el niño del contexto social donde el entrevistado ejerce la función al momento de la entrevista, por ejemplo, el pediatra del Espacio Social I, el de mayor vulnerabilidad social, fue entrevistado en dicho lugar y respondió sobre los niños de ese contexto, aclarando las diferencias reconocidas con los niños de otro espacio. Esta salvedad contemplada también para los maestros, permitió la contrastación acerca de las distintas representaciones sociales de salud infantil entre un espacio social y el otro.

Si bien el “fin puro” de la entrevista es el conocimiento, es prudente reconocer que también es una relación social que genera efectos tanto en el entrevistado como en el entrevistador (Bourdieu, 2007). Por lo tanto, en este “mercado de bienes lingüísticos y simbólicos”, una de las pautas metódicas fue la de pulir la violencia simbólica que implica el contacto artificial entre entrevistador-entrevistado. Para ello fue premisa instrumentar la distancia social y mantener una escucha activa y metódica que se desligue tanto del directivismo (cuestionarios clásicos) como del *laisser-faire*.

Otra de las técnicas de recolección de información fue la observación in situ. Las entrevistas fueron realizadas en los lugares representativos donde las funciones se llevan a



cabo. El lugar a considerar fue entonces la casa en donde los padres crían al niño, la escuela en donde trabajan los maestros y la institución de salud en donde ejerce el profesional de salud. Por lo tanto, la observación in situ, permitió analizar el contexto físico- espacial y cultural donde las representaciones sociales entran en juego.

## Análisis

En virtud de la naturaleza del objeto de estudio de característica social, cultural, moralmente atravesada e históricamente constituida; la lógica que debieron preservar los métodos llevados a cabo tuvieron que estar en correlación con una posición hermenéutica-interpretativa<sup>2</sup>, que hicieron de los enunciados una realidad comprensible y estudiable, privilegiándose los significados que los sujetos enuncian en su contexto socio-cultural (Temporetti, 2004). Se detallará a continuación sobre algunas consecuencias de esta decisión metodológica en este estudio.

La metodología planteada se ubica en lo que algunos autores reconocen como epistemología cualitativa, en la misma cobra importancia la teoría en diálogo continuo con las interpretaciones del investigador en sintonía con los materiales empíricos. La interpretación se entiende como un proceso diferenciado que da sentido a las manifestaciones de lo estudiado (González Rey, 2000a)- los enunciados de los integrantes de los grupos considerados- y orientándose a las construcciones conceptuales que mejor representan el fenómeno a estudiar: las representaciones sobre la salud y enfermedad en la infancia.

Continuando con esta perspectiva, para el análisis, no se fraccionó el material obtenido por las técnicas en variables a priori (Elías citado por Wacquant, 2001), sino que se elaboraron indicadores que adquirieron significación en función de los objetivos

---

<sup>2</sup> La posición hermenéutica de perspectiva interpretativa se relaciona con los llamados “giro lingüístico” y “giro interpretativo”. Se enfoca al lenguaje desde su modo de producción y transmisión de sentidos y significados.

planteados y en función de la singularidad de los casos. En este análisis, se recapitularon los objetivos del estudio, se buscó más información y material significativo a través de nuevas lecturas, se validaron las fuentes a través de instancias reflexivas que contrastaron nuevas conjeturas e información desde los indicadores. La integración posterior se organiza en función de la comunicación y su sentido. Esta estrategia de análisis y sistematización, permite abarcar fuentes comunicativas amplias y dinámicas, pudiéndose transformar el contenido de los enunciados en conocimientos.

Para el trabajo con las entrevistas primeramente se organizaron determinadas categorías en relación a las frecuencias de determinados conceptos. Ahora bien, estos conceptos en cada persona perteneciente a un grupo, significaban sentidos diferentes acordes a las condiciones del contexto y su pertenencia al mismo. Por ejemplo, con respecto a los conceptos de “peso y medida”, tan repetidos en determinado espacio social, se interpreta que en el enunciado de los profesionales remite a una variable de trabajo afín a una técnica, en cambio, en el enunciado del sentido común de los encargados de crianza, remite a una cualidad que garantiza la salud. Los elementos remiten a un significado diferente acorde a las particularidades del enunciado.

Estos posicionamientos semánticos que conforman la representación, surgen cuando se interpretan las categorías en relación al texto mismo del enunciado, privilegiándose en función de una pragmática del lenguaje, no tanto el concepto mismo sino la comprensión del enunciado del cual ese concepto está haciendo referencia. De esta manera, el sentido expresado por el sujeto estudiado no se aliena a categorías prefabricadas ni se pierde a través de fragmentaciones operativas, sino que se actualiza en función de las condiciones propias de un acto de enunciación e interpretación (Gonzalez Rey, 2009).

Recuperar el estudio de la acción y el enunciado, orientados significativamente, ubica el diseño en la lógica de la comprensión, “la vía hermenéutica”, en la *Auslegung* o la interpretación de textos; intencionalidad que desde diferentes matices y disciplinas promovieron autores como Webber, Dilthey, Heidegger, Geertz, Bruner, entre varios... En este posicionamiento, tanto el texto como las acciones significativas, presentan una identidad ontológica que se sostiene en cuatro condiciones (Ricoeur, 2001a: 171):

- a) el carácter de estas unidades de realizarse en un presente, en un acontecimiento.
- b) estas unidades remiten a quien lo pronuncia o actúa.

c) se refieren o se ejecutan en un mundo.

d) el texto y las acciones significativas tienen presente un interlocutor al cual están dirigidos.

Tanto el significado de la acción como del texto está dirigido a un número indefinido de interpretantes y son estos los que completan el significado. En este acto se abren nuevas referencias y se reciben de ellas una nueva significación, pero, aunque el significado es siempre abierto, sólo se cierra en el acto mismo de interpretar, de actualizar el sentido (Ricoeur, 2001a: 182).

Sosteniendo esta perspectiva metodológica, que no incide solamente en la instancia de deconstrucción y construcción de sentidos sino también en la relación con los indicadores, el destino de los resultados no se agota en un marco explicativo predeterminado. Las interpretaciones propuestas se entienden como una explicación condicionada a las relaciones únicas encontradas entre los conceptos y la totalidad del entorno significativo. En el caso de este estudio, de la palabra al enunciado, desde el enunciado: un sujeto discursivo, sus acciones, su grupo social y las representaciones sociales emergentes.

#### Acerca de la muestra

El número de sujetos a estudiar dentro de la perspectiva metodológica descripta dependió de la significatividad del material obtenido a partir de la aplicación de las técnicas. La muestra propositiva considerada en el proyecto, se definió por la naturaleza de la investigación y su desarrollo efectivo, no por una naturaleza estadística – poblacional que recorta el campo de estudio en forma anticipada (Gonzalez Rey, 2000b).

Se consideró, como criterio general, dos espacios sociales en función de una variable socio-económica. En este sentido se utilizó el Censo Nacional de Población y Vivienda; INDEC 2013, desde donde se pudieron determinar cuatro sectores sociales con relación a las diferentes necesidades básicas insatisfechas (NBI): un sector con “Muy

---

<sup>3</sup> Este criterio de muestreo fue utilizado en el trabajo: “Salud Mental en la Infancia”, Estudio Epidemiológico de la población 3-13 años en la ciudad de Rosario. Facultad de Psicología, Universidad Nacional de Rosario. (Temporetti, F., Augsburg, C., Bertolano, L. & Enría, G., 2008)

buenas condiciones de vida”, un sector de “Buenas condiciones de vida”, otro de “Regulares condiciones de vida”, y otro de “Malas condiciones de vida”. La totalidad de la ciudad de Rosario entonces quedó dividida en estos espacios socio-económicos. Para el cumplimiento de los objetivos se tuvo en cuenta el espacio de “Malas condiciones de vida” (Espacio Social I) y el de “Muy buenas condiciones de vida” (Espacio Social II). Esto permitió un contraste entre dos modos de representarse la salud y la enfermedad infantil y permitió argumentar el supuesto inicial de la profunda diferencia entre las representaciones sociales en juego. Estos espacios sociales, no solamente expresan diferencias de acceso al capital económico, sino también a las posibilidades de acceder a formas de expresión, conocimientos y recursos simbólicos.

Fueron considerados para la muestra definitiva 16 responsables de crianza, en la figura de padres y madres (8 de cada sector), 16 maestros, en la figura de docentes de escuela (8 de cada sector) y 16 profesionales de salud, en la figura de médicos pediatras (8 de cada sector)<sup>4</sup>. Estos sujetos fueron entrevistados y, de acuerdo al criterio de saturación teórica, esta cantidad permitió obtener material suficiente para plantear relaciones y cumplimentar con los objetivos. Los casos con los que se trabajó serán presentados como “casos paradigmáticos”, es decir, teóricamente decisivos para resolver las problemáticas planteadas. La tensión entre lo singular y la potencial generalización no se presenta como una relación natural y directa. Los discursos de los actores entrevistados reflejaron un momento histórico específico, un lugar geográfico determinado y el vínculo con el universo poblacional no buscó reflejarse en un promedio extrapolable.

Si bien determinados significados, fueron comprendidos en los casos trabajados, esto no quita la posibilidad de que desde otra estrategia de análisis puedan generarse nuevos sentidos. Pero si se puede afirmar que, a partir del análisis logrado, una realidad particular se hizo inteligible, respetando las condiciones propias del contexto de producción del hecho interpretado. Nuevos análisis permitirán desentrañar otros campos simbólicos, pero no fue intención de este estudio encontrar una regularidad universal entre relaciones de hechos, pretensión positivista procurada para todo estudio científico (Comte, 1980).

---

<sup>4</sup> Se ha considerado tomar a los médicos pediatras como representantes de los profesionales de salud. Si bien se entiende que hay más profesionales involucrados en los trabajos sobre salud, la importancia para toda la población infantil de estos especialistas habilitó a tomarlos como eje de análisis, sumando la importancia que se le da también en la bibliografía al discurso médico disciplinar.

Previo a las entrevistas y las observaciones, se firmaron consentimientos informados contemplando el habeas data y el carácter ético del trabajo.

#### IV. La propuesta metodológica de la Psicología Cultural para estudios educativos

Esto fuerza la necesidad de la interpretación para entender los relatos. Y hace otra cosa: los relatos son productos de narradores y los narradores tienen puntos de vista, incluso si un narrador afirma ser un testigo ocular de los hechos.

(Bruner, 1997, p.141)

Anteriormente se hizo referencia a la “vía hermenéutica” y a la Psicología Cultural, como propuestas teóricas y metodológicas que permiten enriquecer la perspectiva de las representaciones sociales. Acorde a determinadas maneras de problematizar en las diferentes áreas de la Psicología, se puede establecer que la discusión epistemológica discurre acerca de la naturaleza misma del conocimiento psicológico y las pretensiones gnoseológicas que los investigadores del campo puedan adjudicarse. ¿Qué lugar tienen las leyes, las explicaciones causales, las fórmulas generales, para dar cuenta de las representaciones, la mente, sus procesos y productos? ¿Cómo habilitar una intencionalidad científica que no reduzca los “fenómenos psi” a variables universales ni a un relativismo arbitrario? ¿Cómo estudiar la condición humana y lo psíquico como fenómeno y no como subrogado a variables ambientales o códigos computables?

La Psicología Cultural representa un desafío metodológico que repercute no sólo en el campo de la Psicología, sino en el modo de entender al conocimiento en las ciencias humanas. Si bien se encuentra representada por Jerome Bruner desde la Psicología, este enfoque sostiene un diálogo continuo con diferentes áreas del saber: la antropología interpretativa, la lingüística pragmática, los enfoques históricos-sociales, teorías jurídicas, estudios pedagógicos y otras investigaciones que comparten el supuesto fundamental de pensar a la cultura como protagonista en el momento de entender al ser humano y su condición. De este criterio común, se desprende la intencionalidad científica de interpretar a los sujetos y su accionar en relación a su cultura. En el mismo proceso, es

necesario reivindicar los significados de la cultura como unidades a ser comprendidas e integradas a las relaciones intersubjetivas. Pero no todo se reduce al acto de interpretar.

Esta empresa, de enfoque culturalista, no deja de considerar el papel de la explicación para conocer el papel de la cultura en la organización de las mentes (por ejemplo, en la biología con sus leyes y normas). Propuesta de lo uno y lo otro, de la explicación y de la interpretación, de articulación de leyes generales de producción de significados, pero actualizadas en un contexto definido. Existen dominios de la naturaleza que en relación a sus cualidades permiten ser abordadas por lógicas matemáticas y formales, por ejemplo: los fenómenos de la física, las regularidades de los hechos biológicos, la generalidad de las reacciones químicas. Es evidente el hecho de que determinada lesión cerebral incide directamente en alguna función cognitiva definida, pudiendo preverse consecuencias en las conductas, del mismo modo en como puede predecirse con exactitud el momento de un eclipse. Dominio de la ley. ¿Pero qué sucede en el campo amplio de la mente humana, en las acciones intencionadas? ¿Se puede dar cuenta de todo el campo psi en relación directa a reflejos, impulsos nerviosos o disposición genética? Deviene importante describir el desafío planteado por el enfoque culturalista.

Desde la ilustración y el empirismo inglés se hereda una manera de pensar al ser humano y a la sociedad, también a sus representaciones. El positivismo materializa esta tradición. Esta ontología construye los objetos de estudio con un criterio que ha sido efectivo para estudiar hechos naturales pero que ha distorsionado las cualidades en aquellos objetos con otro plano de organización: de orden social, histórico o cultural. El atomismo, el elementalismo asociacionista, el lenguaje matemático y toda la ortodoxia disyuntiva que separa sujeto-objeto, teoría-empiría y hechos de valores (Achili, 2005), ha permitido una producción de conocimientos que solidificó gran parte del campo científico. La física, la biología, la astronomía, parte de la medicina, ingenierías... han aprovechado esta metodología explicativa para enriquecer las arcas de información y dominios de poder. En la historia de la Psicología y otras ciencias llamadas sociales, las repercusiones del positivismo en todas sus versiones, generó múltiples teorías y técnicas (conductismo, estructuralismo, cognitivismo, etc.) y hasta incluso parasitó proyectos que partían desde otras bases epistemológicas (Psicología Social, Psicología de la Gestalt e inclusive algunas corrientes del Psicoanálisis) (Farr, 2005).

La Psicología Cultural nace de una discusión originada a partir de la revolución cognitiva a mediados del siglo pasado. ¿Es posible concebir la actividad mental en función de mecanismos computacionales que operan con informaciones finitas y codificadas, o bien, la mente se constituye y desarrolla en relación a una cultura, negociando y construyendo significados que son relativos a un contexto? Va a decir Bruner en función de estas dos perspectivas: “cada una llevó a sus partidarios a seguir estrategias distintivamente diferentes en la indagación sobre cómo funciona la mente y sobre cómo se podría mejorar a través de la educación” (Bruner, 1997:19). Se puede plantear que el computacionalismo se aboca a la lógica formal del procesamiento de información, a datos finitos y codificados de referencia a un programa universal. En este privilegio del almacenamiento, el proceso y la recuperación del material importa poco el contenido de sentido en contextos singulares. Las pretensiones de este paradigma consisten en generalizar esas reglas formales de procesamiento de información y plantear una analogía (funcional o estructural) mente-computadora.

¿Pero qué sucede si reconoce que en una representación social no solamente hay informaciones finitas, precodificadas y ordenadas? ¿El procesador expresa y concibe elementos ambiguos, contradictorios y vulnerables a interpretaciones? La red de significados configura innumerables sentidos que se reactualizan continuamente en relación a una cultura, escapa a un modo general de funcionamiento, a una ley absoluta de codificación. Lo que puede significar un mismo elemento en un contexto puede representar lo opuesto en otro, los simbolismos de una cultura son reelaborados constantemente y la lectura de los mismos depende de un entramado de valores. Ante este terreno complejo, la hermenéutica posibilita una superación a los posibles reduccionismos y una coherencia metodológica en relación a las cualidades de los objetos de estudio, en el caso de esta tesis: las representaciones sociales.

La hermenéutica pareciera brindar posibilidades para estudios en donde la generalidad absoluta es una ficción. No por su coqueteo indefinido con el empirismo esta metodología es indisciplinada o metafísica. El caso paradigmático tradicional, es la interpretación del texto propuesta por Friedrich Schleiermacher en el siglo XIX y ampliada por Dilthey (1974). El protagonismo explícito está en la pericia del investigador quien plantea un significado de una parte del texto o hecho en referencia a una hipótesis sobre los significados del todo, estos mismos se actualizan en relación a esas partes. Asumir este posicionamiento implica reconocer que un hecho no puede tener una

interpretación única y que este hecho no tiene causas definidas sino razones posibles. El “círculo hermenéutico” propone justificar no por referencia al mundo directamente observado o por procedimientos lógicos universales, sino por una coherencia argumentativa que exprese estrategias de análisis y síntesis de los hechos observados y de los conceptos que dialogan con esa realidad. Este diálogo, entre las palabras y las cosas, es asumido en su carácter perspectivista permitiéndose interpretaciones alternativas. Gadamer aludiendo a Heidegger y a la hermenéutica dice que “la descripción como tal será evidente para cualquier intérprete que sepa lo que hace” (2005:332).

El empirismo radical en la postura positivista y neopositivista, en su concepción del mundo y de la posición del científico, certifica que, por medio de la observación directa, y el ocaso obligado de la subjetividad individual, aquel que busque la verdad, sólo tiene que encontrarse con ella en contacto puro con la realidad. Desde los postulados constructivistas, como el que sostiene la Psicología Cultural, la realidad se hace, no se encuentra. Este posicionamiento reclama una reflexión sobre el modo como se conoce a través de los postulados teóricos, y en cómo la empiria se configura en relación.

Más allá de la formalización de las reglas gramaticales, es el contexto dinámico el que condiciona la utilización de una regla u otra y también el sentido del significado. Esto se observó en los enunciados estudiados. Quizás Wittgenstein (1988), apuntaba a esto cuando llamaba “juegos del lenguaje” al todo formado por el lenguaje y las acciones con la que está entretejido. En la lingüística pragmática se puede reconocer la importancia del acto de habla y los usos del lenguaje a la hora de articular los significados y las palabras (Austin, 1971). Estos significados están sujetos a las condiciones e intenciones, relacionándose los contenidos del enunciado con las estimaciones realizativas (Austin, 1991). El conjunto de las acciones humanas está atravesado por los significados y éstos dependen de sus contextos; ésta es la reivindicación que la Psicología Cultural reclama para la Psicología y para las Ciencias Humanas (Bruner, 1990). El estilo interpretativo consecuente demanda por lo tanto un carácter histórico y una sustitución de la causación categorial por la comprensión de lo particular.

Se reconoce entonces que las variables que se utilizan para explicar el mundo físico no son tan efectivas para dar cuenta de la integralidad de nuestras acciones, nuestros significados o nuestras representaciones sociales. El tiempo, el espacio, la causalidad lógica, y demás requerimientos formales de la tradición estándar de la ciencia (Marradi, Archenti & Piovani, 2007), muestran dificultades para concebir que el ser humano puede



amar y odiar a la vez, que el tiempo subjetivo es relativo a las sensaciones de ese momento o que una acción puede determinarse por múltiples causas igualmente válidas.

Realizar una interacción entre maneras de observar en las ciencias es un desafío. En el estudio de la condición humana y sus productos, implica asumir, entre otras cosas, que una predisposición biológica necesariamente se ejecuta en un entramado cultural, en una dialéctica entre leyes generales y actualizaciones singulares, articulación entre contenidos que pueden ser explicados y unidades que deben ser interpretadas. Esta relación de intencionalidades también posibilita validez al entendimiento de los fenómenos, pero esta validez es tan diferente a una verificación como a una proliferación indefinida de resultados posibles. Porque no se puede interpretar sin respetar condiciones contextuales, habilitando en nombre de la interpretación, un perspectivismo extremo e injustificadamente infinito. La validación de la interpretación no habilita la propagación indeterminada de interpretaciones, ya que hay que tener en cuenta que, si bien tanto el texto como la acción permiten más de una interpretación, las mismas tienen que respetar una lógica interna que respete un sentido. Se puede afirmar, que existen interpretaciones más probables que otras, pero “sostener que una interpretación es más probable que otra es algo diferente de demostrar que una conclusión es verdadera” (Ricoeur, 2001b: 186), o proponer que cualquier interpretación es posible. La interpretación no excluye la explicación causal, sino que coincide con una forma específica de ésta: con la determinación de relaciones de causa y efecto singularizadas. Las ciencias que reconocen lo histórico, lo social y lo cultural en sus objetos de estudio, investigan sirviéndose del proceso de interpretación y buscan describir relaciones causales entre fenómenos individuales, es decir, intentan explicar cada fenómeno de acuerdo a relaciones diversas en cada caso: “la comprensión del significado coincide con la determinación de las condiciones de su evento” (Rossi, 1993 p.20).

La Psicología Cultural propone una metodología que a diferencia del enfoque de lo uno o lo otro reconoce la importancia de las dos intencionalidades científicas: interpretar y explicar. En el párrafo anterior, al relacionar estas propuestas, no se está pretendiendo homologar automáticamente intencionalidades históricamente inconmensurables e irreductibles (Bruner, 1997). Lo que se propone es recuperar una explicación que, al posarse sobre significados y acciones humanas, no resigne la dimensión cultural que permite captar el sentido de estos objetos. Para estudiar la mente, las acciones, los significados presentes en las representaciones cotidianas en su

pluralidad, la interpretación plantea un abanico de explicaciones posibles. Porque ante la absoluta diversidad y complejidad de los fenómenos humanos, en el transcurrir de la historia, el ejercicio de una metodología que contemple particularidades, se presenta como una necesidad epistemológica e inclusive ética.

Bruner plantea que el campo educativo es el ideal para probar las tesis de la Psicología Cultural (1997). Dentro de estas tesis está la posibilidad metodológica de configurar técnicas y lógicas de análisis acorde a la relación biunívoca entre los seres humanos y su cultura.

## V. Hacia una Epidemiología psicológica-crítica

“...se ha levantado un movimiento de renovación filosófica y se han hecho “visibles” procesos que no se manifestaron en otros momentos, uno de ellos es la subjetividad popular y las relaciones de esta con el saber científico.”

Breilh (2009, p. 31)

Para terminar con este capítulo, se reflexionará concisamente sobre el concepto de Epidemiología psicológica-crítica, decisión metodológica que posiciona a este trabajo en relación a los supuestos conceptuales planteados anteriormente y referidos a la Psicología Cultural y a las representaciones sociales. Con esta idea no se quiere generar una nueva área o especialidad en la Psicología Social, campo de referencia de las representaciones sociales, ni una subespecialidad en la Epidemiología. Más bien, a lo que se aspira, es el poder instrumentar el campo de las representaciones sociales para producir un conocimiento epidemiológico con características particulares que aporte a la larga tradición de los estudios sobre las condiciones de salud y enfermedad. Se reconoce, como punto de partida, que la Epidemiología presenta un amplio manantial de conocimientos cuyos aportes son relevantes para la descripción, análisis e intervenciones en la salud-enfermedad y sus procesos.

Ahora bien, si se considera metodológicamente a la Epidemiología en función de sus postulados clásicos, se encuentra una disciplina puramente empirista y descriptiva, centrada en la medición y con difícil operatividad para poder captar el carácter dinámico de la situación de salud de las comunidades. Esta Epidemiología tradicional, por una

decisión metodológica en la que se incluye un modo de concebir su objeto de estudio, no incluye a las transformaciones socioculturales y a los procesos históricos como parte de su campo. Desde otro punto de vista, se puede pensar que estas dimensiones condicionan los posicionamientos subjetivos de aquellas personas que manifiestan un estado particular de salud; sin desconsiderar también que estos sujetos están atravesados por políticas que nutren su espacio social. Con esto se quiere decir que el trabajo de la Epidemiología tradicional, de reducir tanto a la salud como a la enfermedad a variables de diversa índole, cuantificables, medibles, representadas naturalmente por datos, no alcanza para exponer la complejidad de un campo compuesto por relaciones fluctuantes y objetos socio-culturales.

La importancia de complementar los estudios epidemiológicos ya realizados en el campo de infancia, justifica el diseño de metodologías alternativas. Al ser una problemática multideterminada, las distintas estrategias de producción información, deben en lo posible articularse para poder describir las dimensiones en su dialéctica y complejidad. Más allá de la intensa producción bibliográfica, todavía quedan zonas de indagación que bien fundamentan un trabajo diferente. Esta perspectiva epidemiológica permitirá captar relaciones “invisibilizadas” por los enfoques tradicionales, al ejecutar estrategias metodológicas diseñadas para captar fenómenos específicos (históricos, simbólicos y dinámicos) que permitan incluir la otra dimensión involucrada en los procesos sanitarios (instancias subjetivas y representacionales) en actores claves de la educación y de la salud

Se justifica entonces un estudio que exponga unidades de análisis que capten la articulación entre las representaciones sociales presentes en la coyuntura cotidiana de una comunidad y un espacio social. El análisis de estas relaciones permite deconstruir posiciones, enunciados y acciones, no de manera lineal, sino exponiendo un entramado de vínculos que hacen a la problemática de la salud y enfermedad. Los actores que participan de un espacio social, presentan concepciones acerca de lo que entienden por salud o enfermedad, estos modos de entender las realidades se enlazan con acciones y con modos de enunciar sus problemáticas. Si sólo el estudio se reduce a clasificar y a detectar aquello que aparece expuesto directamente a través de una encuesta, o bien, a reducir toda la complejidad a datos bio-demográficos, la realidad simbólica que nutre y le da sentido a cada ámbito humano se suprime. Las personas no acusan la enfermedad que tienen o que ven en los niños, sino la que piensan/representan que tienen, y en la construcción de

este pensamiento participan las múltiples opciones que presenta un espacio social y los recursos singulares de cada sujeto.

La educación, las expectativas de clase, los ideales de salud de una comunidad, la incidencia de las políticas y su traducción en dispositivos específicos, moldean un entramado de disposiciones para que los sujetos representen el campo de la salud con características particulares. La situación de salud-enfermedad de la infancia discurre continuamente a través de andamios representacionales sobre los que se asientan enunciados y prácticas. De este modo la salud es irreductible a términos objetivos, la sola medida de factores causantes de una enfermedad no forma parte de una Epidemiología que se entienda con los procesos semióticos inherentes a la vida humana (Samaja, 2004).

Más allá de las consecuencias innegables de agentes patógenos, virus, bacterias, ambientes tóxicos que no cumplen condiciones propicias para el desarrollo, y demás variables formales comprendidas en la etiología de las enfermedades, es sabido que no toda epidemia impacta de la misma manera en los diferentes países o comunidades. Ningún brote de una enfermedad puede pensarse por fuera de una población y ninguna población puede comprenderse sin observar su historia, sus valores y condicionantes económicos-políticos. En los espacios sociales, no sólo se evidencian diferencias en cuanto a la disponibilidad de recursos materiales y estrategias para afrontar una situación, sino también en los símbolos instrumentados (implícita o explícitamente) para reconocer situaciones y actuar en consecuencia.

Se piensa entonces en una Epidemiología que recupere el carácter dinámico y dialéctico de los procesos de salud y enfermedad, sin alienarse a factores inmóviles, reconociendo en este ejercicio la importancia de los saberes “invisibilizados” por la episteme moderna (Breilh, 2009). Los conocimientos populares pueden integrarse a los saberes “disciplinados”, desde la interculturalidad se pueden comprender valores comunitarios que se articulan en lo cotidiano con teorías fundamentadas científicamente (Augsburger, 2004). La dimensión intersubjetiva permite pensar a los actores del campo de la salud en su naturaleza social y cultural, que viven a través de sentidos y representaciones que hacen a su condición humana (Bruner, 1990).

La Epidemiología cultural crítica que se integra con las representaciones sociales, representa un enfoque incluye el análisis del sentido común, los conocimientos con los que los actores transcurren por la situación de salud y enfermedad de los niños. Es cultural

porque no se desentiende del marco simbólico presente en toda actividad humana. Es crítica porque cuestiona las perspectivas “factorialistas” que alienan los fenómenos culturales en variables a-históricas, despolitizadas y subjetivamente asépticas. De este modo, la propuesta apunta a recuperar para la epidemiología la complejidad de la existencia humana. Esta epidemiología puede aportar significativamente al campo educativo ya que los procesos de salud y enfermedad forman parte de la realidad de los actores que integran las instituciones.

#### Referencias bibliográficas

- Achili, Elena. (2005). *Investigar en Antropología Social. Los desafíos de transmitir un oficio*. Rosario: Laborde Editor.
- Almeida Filho, N. & Ávila Dantas Coelho, M. (2002). Conceitos de saúde em discursos contemporâneos de referência científica. *Revista História, Ciências, Saúde*. 9, 315-33.
- Alonso, M. (1999) *Psicología en Argentina. Psicodebate. Psicología, cultura y sociedad*. Año 1, nº1. Universidad de Palermo. Buenos Aires.
- Augsburger, C. (2004). La Inclusión del Sufrimiento Psíquico: Un desafío para la Epidemiología. *Revista Psicologia & Sociedade*. 16, 71-80.
- Austin, J. (1971). *Palabras y acciones*. Buenos Aires: Paidós.
- Austin, J. (1991). Emisiones realizativas. En Valdés Villanueva, L. (Ed.). *La búsqueda del significado*. Murcia: Tecnos.
- Bajtin, M. (2011). *Las fronteras del discurso: el problema de los géneros discursivos: el hablante en la novela*. (1a Ed.). Buenos Aires: Las cuarenta.
- Breilh, J. (2009). *Epidemiología crítica. Ciencia emancipadora e interculturalidad*. Buenos Aires: Ed. Lugar.
- Bruner, J. (1990). *Actos de significado. Más allá de la revolución cognitiva*. Madrid: Alianza.
- Bruner, J. (1997). *Educación puerta de la cultura*. Madrid: Visor.
- Bourdieu, P. (2007). *La miseria del mundo*. Buenos Aires. Fondo de Cultura Económica.
- Bustelo E. (2007). *El recreo de la infancia. Argumentos para otro comienzo*. Buenos

- Aires: Siglo XXI editores.
- Calderón, D. (2001). Epidemiología Psicológica y del Comportamiento: Un Enfoque para la Promoción y Protección de la Salud. *Revista Hontanar*. Año 5, volumen 1.
- Castorina, J. (2008). *Representaciones Sociales. Problemas teóricos y conocimiento infantiles*. Castorina, José. A. (compilador). Editorial Gedisa, S. A. Barcelona.
- Comte, A. (1980). *Curso de Filosofía Positiva*. Buenos Aires: Hyspamérica.
- Conde, Fernando & Gabriel, Concha. (2002). La evolución de las Representaciones Sociales sobre la Salud de las Mujeres Madrileñas 1993-2000. *Revista Esp. Salud Pública*. 76, 493-507.
- Di Giácomo, J.P. (1987). Teoría y métodos de análisis de las Representaciones Sociales. En Páez, D. y cols. *Pensamiento, individuo y sociedad: Cognición y representación social*. Madrid: Fundamentos.
- Dilthey, W. (1974). *Introducción a las ciencias del espíritu. Ensayo de una fundamentación del estudio de la sociedad y de la historia*. Madrid: Revista de Occidente.
- Foucault, M. (1977). *Historia de la sexualidad*. Volumen 1: La voluntad de saber. Buenos Aires. Siglo XXI.
- Foucault, M. (1992). *Microfísica del poder*. Madrid. Ediciones de la Piqueta.
- Farr, R. M. (1983). Escuelas europeas de Psicología Social: la investigación de Representaciones Sociales en Francia. *Revista Mexicana de Sociología*. 45, 2.
- Gadamer, H. (2005). *Verdad y método*. Salamanca: Sígueme.
- González Rey, F. (2000a). *Investigación cualitativa en psicología*. México. Thomson.
- González Rey, F. (2000b). Lo cualitativo y lo cuantitativo en la investigación de la Psicología Social. *Revista Cubana de Psicología*. 17, 1.
- González Rey, F. (2009). Epistemología y Ontología: un debate necesario para la Psicología hoy. *Revista Diversitas. Perspectivas en Psicología*. 5, 2, 205-224.
- Hahn, H.; Neurath, O.; Carnap, R. (1929) "La concepción científica del mundo: El Círculo de Viena". Trad. Pablo Lorenzano, *Redes Revista de Estudios sobre la Ciencia y la Tecnología*. Vol.9, No.18 (Jun., 2002): pp. 103-149. Publicado por: Instituto de Estudio sobre la Ciencia y la Tecnología. Universidad de Quilmes. Argentina. (p.103)).
- Jodelet, D. (1986). La representación social: fenómenos, concepto y teoría. En: Moscovici, Serge (comp.). *Psicología Social II. Pensamiento y vida social. Psicología social y problemas sociales*. Barcelona. Ediciones Paidós.

- Kornblit, A. (2007). *Metodologías cualitativas: modelos y procedimientos de análisis*. Buenos Aires. Editorial Biblos.
- Lulo, J. (2002) La vía hermenéutica: las ciencias sociales entre la epistemología y la ontología. En F. Shuster (Ed.). *Filosofía y métodos en las ciencias sociales*. Buenos Aires. Manantial.
- Marková, I. (2003). La presentación de las representaciones sociales: diálogo con Serge Moscovici. En “*Representaciones Sociales. Problemas teóricos y conocimiento infantiles*”. Castorina, José. A. (compilado). Editorial Gedisa, S. A. Barcelona.
- Marradi, A.; Arechenti, N.; Piovani, J. (2007). *Metodología de la Ciencias Sociales*. Buenos Aires. Emece.
- Morin, E. (1988) *El método. El conocimiento del conocimiento*. Edit. Cátedra. Madrid.
- Ricoeur, P. (2001a). El modelo del texto: la acción significativa considerada como un texto (trad. de Pablo Corona). En *Del texto a la acción. Ensayos de hermenéutica II* (pp. 169-175). Buenos Aires: FCE.
- Ricoeur, P. (2001b) Explicar y comprender (trad. de Pablo Corona). En *Del texto a la acción. Ensayos de hermenéutica II* (pp. 149-168). Buenos Aires: FCE.
- Rossi, P. (1993). Introducción. En M. Weber, *Ensayos sobre metodología sociológica* (trad. de José Luis Etcheverry). Buenos Aires: Amorrortu.
- Samaja, J. (1994) *Epistemología y Metodología. Elementos para una teoría de la investigación científica*. Edición Ampliada. Argentina: Eudeba.
- Temporetti, F. (2004) *Eso no se dice. Un estudio psicológico cultural sobre la trasgresión verbal infantil en grupos de niños y niñas*. Rosario. Homo Sapiens.
- Temporetti, F., Augsburg, C., Bertolano, L. & Enría, G. (2008). *Salud Mental en la Infancia, Estudio Epidemiológico de la población 3-13 años en la ciudad de Rosario. Facultad de Psicología, Universidad Nacional de Rosario*.
- Vigotsky, L. S. (1995). *Obras escogidas*. 2. ed. V. III. p. 11-46. Madrid: Visor.
- Voloshinov, V.N. (1992). *El marxismo y la filosofía del lenguaje*. Madrid. Ed. Alianza.
- Wacquant, L. (2001). *Parias urbanos. Marginalidad en la ciudad a comienzos del milenio*. Buenos Aires. Manantial.
- Wittgestein, L. (1988). *Investigaciones filosóficas*. Barcelona-México: Crítica-UNAM.

## Capítulo 4. Las infancias representadas

### I. Introducción

“Día tras día, se niega a los niños el derecho a ser niños.

Los hechos, que se burlan de ese derecho, imparten sus enseñanzas en la vida cotidiana.”

Eduardo Galeano (1998, p.11)

Si bien la pregunta “¿Qué es la infancia?” no constituye el eje nodal de indagación para esta tesis, al trabajar sobre la salud y la enfermedad infantil se está poniendo principal atención sobre el concepto de infancia. Así mismo, en varias entrevistas, al indagarse sobre la situación particular de la enfermedad en la infancia, el discurso se centró sobre la situación de la infancia en general, por lo tanto, no sería inoportuno trabajar sobre el concepto de infancia y de aquí vincular las categorías salud y enfermedad. Puede resultar de interés, que algunos enunciados que expresan representaciones sobre la salud y enfermedad infantil, la idea de infancia está ligada a una situación patológica, es decir, no se puede disociar a la infancia de la idea de enfermedad. La idea de niños o síndromes se encuentra tanto en representaciones como en investigaciones y estudios (Bustelo, 2005; Dueñas, 2011). Este hecho de no poder separar la representación de la infancia, entendida en términos generales, de la representación de una infancia con patología, también amerita un análisis ya que forma parte del contenido de los enunciados que se investigaron.

Primeramente, en este capítulo, se va a desarrollar el concepto de infancia. Este concepto ha sido trabajado desde distintos enfoques teóricos y también pueden pensarse diferentes prácticas y teorías implicadas en estas concepciones. Se podrá analizar en tensión su uso científico en distintas disciplinas con las representaciones del sentido común, conocimientos cotidianos que inciden sobre un amplio abanico de acciones y estrategias.



Analizar el marco jurídico actual en la República Argentina, permitirá dilucidar características propias de un discurso que atraviesa el campo de lo infantil y expresa, a su vez, un modo de categorizar. Más allá de esta circunscripción geográfica, la situación legal en todos los países que forman parte de los tratados de la ONU, comparte varios de los puntos aquí trabajados. Asumir un determinado orden jurídico responsabilizaría sobre un modo de actuar y atraviesa la cotidianeidad de los enunciados estudiados. ¿De qué modo las prácticas observadas se relacionan con las propuestas legales? Las legislaciones son un modo de objetivar un modo de representar a los niños y es oportuno tensionarlas con el sentido común.

Seguido a esto se van a analizar algunas lógicas institucionales en relación a la infancia. Los niños, en su desarrollo, transcurren por distintos espacios físicos y normativos, lugares que presentan objetivos, modelos de infancia y valores propuestos. Podría ser importante entonces, describir las relaciones entre estos modelos infancia, los objetivos de las relaciones institucionales y las características de los procesos por los que transcurren los niños.

La cultura actual sostiene una gran cantidad de significados y valores que entretengan todas las posiciones posibles de una humanidad histórica. La infancia contemporánea, puede leerse en un sentido complejo solo en función de discernir algunos significados propios de una cultura determinada. Sin pretensiones ilusorias de un análisis total, al exponer algunos valores que ilustran nuestros espacios sociales, se podrán presentar elementos útiles para el análisis de la situación de la infancia en la actualidad.

## II. ¿Qué es la infancia?

Entre perspectivas y acciones

No han sido pocos los autores que han indagado sobre esta etapa de la vida y no son pocas las distintas perspectivas posibles para abordar el campo de la infancia. Sociología, Psicología, Ciencias Políticas, Filosofía, Antropología, Pedagogía, Medicina, Derecho, Medicina confeccionan un campo extenso de miradas con una amplitud epistemológica ilimitada (Ariès, 1992; De Mause, 1991; Cots, 1979). Pero pensar a la

infancia como construcción histórica-cultural, habilita a relativizar varios de los universales que pesan sobre esta población desde estas mismas disciplinas. Más allá de los universales en la infancia, se puede integrar en este campo a niños que no se adecuan a la “infancia” categórica. La “infancia categórica”, la que se oferta con mayor regularidad en manuales y estudios, es aquella etapa total de carácter universalista que engloba para sí a sujetos homogéneos, que disponen de formales garantías sociales y presentan determinadas actitudes. Se puede pensar, en oposición a esto, que el transcurrir de diversas maneras por las distintas dimensiones comprometidas en el desarrollo, proyecta a diferentes infancias (Temporetti, Augsburger, Bertolano, Enría, 2008).

Una comunidad determinada, delimita y califica acorde a sus valores a determinada población, ya sea como niños o como adultos (UNESCO, 1997). A esto se le suma, en sintonía al posicionamiento metodológico descrito en el capítulo anterior, que la sensibilidad e intenciones con la que se aborda una problemática demanda una perspectiva teórica específica.

En este estudio, más que definir lo que es la infancia, interesa conocer qué es lo que una comunidad específica se representa acerca de ella. La historia ilustra distintas opciones, desde las ciencias afines a esta problemática, se brindan saberes técnicos que sostienen modelos de niños y la cultura actual, a su vez, diseña una atmósfera simbólica de significados organizados.

Algunos interrogantes pueden orientar en este campo de opciones conceptuales y metodológicas en el estudio de la infancia: ¿El niño fue siempre así? ¿Desde que el hombre es hombre el niño es niño? ¿Forma parte de la naturaleza humana el ser niño de determinada manera? De ser afirmativas las respuestas, la historia y las particularidades culturales no tendrían más que una injerencia superficial y los sujetos serían solo modificaciones de un modelo universal. La idea iluminista de que existe un ser genérico, una raíz básica humana, por sobre la cual aparece la sociedad y la cultura, es una idea discutida desde los enfoques culturales interpretativos (Geertz, 1990).

¿El niño es o el niño se hace? Como se plantea desde las concepciones existencialistas se puede plantear que la “esencia humana” no viene dada de antemano, y tampoco así la del niño (Sartre, 1984). Esta esencia histórica se construye a partir de una complejidad de discursos, prácticas y representaciones. En este interjuego, no solo emerge la niñez en relación a una función materna-paterna, como determinados enfoques

plantean, sino que aparecen otros actores e instituciones implicados en la generación infancias, en la complejidad de los espacios sociales. De tal manera, más que ser la infancia una propuesta biológica, dotada de un programa lineal de crecimiento, esta instancia del desarrollo es una construcción cultural cargada de símbolos y valores históricos propios de una determinada comunidad. Se avanzará más adelante en la justificación de esta idea y en los modos de abordaje posibles.

La infancia, en consecuencia del reconocimiento de su complejidad, puede analizarse e interpretarse de diversas maneras: “como un grupo, como una categoría social, o como una generación dentro de cada sociedad” (Qvortrup, 1987; Casas, 2006:28). Bustelo (2007:131)) desde las ciencias políticas especifica: “Defino a la infancia y adolescencia como categoría social donde se pone en juego una particular relación adulto-infancia y como el valor y la ubicación relativa que se da a ese período del desarrollo humano en la cultura”. Se pone el eje en la responsabilidad de los adultos a la hora de garantizar el desarrollo de la infancia en sus derechos y a una cultura que delimita a través de sus representaciones. Desde el punto de vista legal (Convención Internacional sobre los Derechos del Niño y Ley Nacional N°26.061) se concluye que los niños son personas que tienen hasta 18 años. En la Medicina se encuentran enfoques que apuntan a centrarse sobre una etapa biológica del crecimiento y en la Psicología, cuando aparece la infancia<sup>1</sup>, se la puede relacionar a un momento del desarrollo con características propias o reglas estructurales acordes a un estadio preciso de carácter universal (Piaget, 1991).

Dentro de los distintos proyectos en Psicología, también están aquellos que conciben, para entender el desarrollo, una dialéctica entre una instancia singular y una instancia histórica-socio-cultural, o bien, un proceso dialógico entre una subjetividad individual y una subjetividad social (Gonzalez Rey, 2000). Estos proyectos brindan un abanico de posibilidades coherente con las características no de la “infancia” sino de las infancias, en términos de pluralidad, en término de la diversidad de modos de crecer. De esta manera se percibe mejor como la infancia ha ido variando en el correr de los tiempos de la humanidad, como no es única ni ideal en un mismo presente y, al buscar un posicionamiento crítico, como desde determinados enfoques se excluyen modos también

---

<sup>1</sup> Es llamativo como en algunos planes de estudios de la formación del Psicólogo en la Argentina la “infancia” y las teorías del desarrollo no forman parte de los contenidos. Se administran contenidos sobre maduración, pero es posible que un profesional se titule sin haber visto nunca a un niño.

valederos de “ser niño” ¿Cómo repercute esta decisión metodológica en las maneras de comprender esta etapa?

Se pueden concebir como características de la infancia, la “no adultez”, la distinción con la madurez, el ser niño en un contexto humano. Al reflexionar sobre esto, se puede situar un momento vital, con cualidades propias y distinguibles, en un modo de estar en el mundo desde los inicios de la vida. La infancia como una identidad específica. En esta posición social, y en los distintos modos de entenderla, se presenta una relación humana, cargada de significados y modos particulares de sostenerla. De tal modo, la infancia es tanto una etapa del desarrollo como un modo cultural de representar a una instancia de la vida. El niño forma parte de una identidad social que lo posiciona en el campo infantil y no en otro. Hay determinadas características de esta identidad que hacen situar a determinado individuo en dicha condición y no en otra, pero no siempre con las mismas cualidades absolutas. La identidad, siguiendo a Baró (1989), es al mismo tiempo producto de la sociedad y producto de la acción del propio individuo, pero la identidad infantil tiene una característica clave y diferencial: la enorme influencia ejercida por las representaciones y las acciones de los otros. Se configuran entonces dos puntos, por un lado, una categoría social que solo se entiende en una relación cultural y en un modo de definirse desde otro grupo. Por el otro lado, una población que se desarrolla en tanto es alimentada por nutrientes y sentidos.

Desde los estudios de Bowly (1969, 1973), hasta investigaciones actuales de organismos internacionales (Young, 1995), se demuestra como el “cachorro humano” depende para su subsistencia no solo de alimentos, sino también de miradas, sostén, acompañamientos, andamiajes simbólicos y un contexto de representaciones que lo conforman como un ser cultural. No sería conveniente entonces dejar de estudiar, en esta construcción de la identidad infantil, aquellas representaciones y acciones que nutren estos procesos de configuración identitaria. La infancia, entonces, puede comprenderse como lo que una comunidad define en un momento histórico dado y en sus posibilidades, lo que conciben los miembros de una sociedad y lo que entienden sobre lo que es la infancia. Estas representaciones sociales de una comunidad, constituyen, como toda representación social, un conjunto de saberes, a veces implícitos y conocimientos cotidianos resistentes al cambio y a otros conocimientos. Estas realidades psicosociales, no sólo existen en las mentes, sino que generan procesos (interrelaciones, interacciones e interinfluencias sociales) que se imponen a la infancia y condicionan a niños y niñas,

limitando la posibilidad de experiencias o perspectivas de análisis fuera de esas lógicas instituidas (Casas, 2006).

Los modos en como se representa y se ha representado a la infancia coercionan a los integrantes de este campo, un espacio de relaciones objetivas entre posiciones subjetivas (Bourdieu, 2007). De tal manera, en el campo de la infancia, no solamente se encuentran las posiciones de los niños. Distintos actores (padres, docentes, encargados de crianza, profesionales de salud, políticos, comunicadores sociales, etc.) son influenciados e influyentes, en sus pensamientos y acciones, organizando la matriz social en la cual se desarrolla la infancia. Es imperioso describir como en la historia se han planteado estas construcciones simbólicas, en sus representaciones, conocimientos y conceptos.

#### La historia en las infancias

Se puede decir que en la Antigüedad y Edad Media no había un concepto que designara a lo infantil. Existía sí, un reconocimiento y una significación a un “humano pequeño”, que puede representar en determinadas clases pudientes o acomodadas, un valor en función de una herencia o descendencia. En otros sectores se encuentra un individuo que puede cuidarse siempre y cuando se den ciertas circunstancias<sup>2</sup>. Esto puede ser el motivo de lo escaso en cuanto a referencias sobre etapas del desarrollo, saberes específicos, educación infantil e inclusive literatura infantil desde la antigüedad hasta finales de la edad media (Bravo-Villasante, 1971). La niñez no era significada como tal, por lo tanto, es de entender que era desconocida. De Mause (1991), clasifica a estos momentos de vínculo paterno-filial como etapas filicidas (antigüedad) y de abandono (desde el siglo IV hasta el XVIII). Se cuidaba a estos adultos pequeños hasta que se pudieran cuidar por sí mismos y entraban automáticamente en el mundo adulto, trabajando y compartiendo todas las dimensiones de la vida cotidiana con los mayores. Esta perspectiva continúa en la actualidad en la postura que podemos calificar como “desarrollista”. El desarrollismo enfocado en los niños, percibiéndolos como “adultos por venir”, se centra en lo que “va a ser el niño” en vez poner atención en sus vidas actuales, en su presente. Verhellen (2002) por ejemplo, describe que el grupo “adultos” aplica al

<sup>2</sup> Se presentan relatos de estas situaciones en la literatura. El Lazarillo de Tormes (Anónimo, 1999), clásica novela picaresca, describe como el niño podía ser protegido o explotado. “Me conviene abrir los ojos y estar alerta, porque estoy solo y tengo que pensar cómo valirme por mí mismo.”

grupo de “niños” el criterio de definirlos como “los aún-no”: aún-no maduros, aún-no responsables, aún-no ciudadanos del todo, aún no capaces...en un futuro se esperaría el advenimiento de un ser completo.

Una obra muy referenciada sobre la historia de la infancia es la obra de Philippe Aries, publicada inicialmente 1960 y dedicada a la nueva relación que se establece entre niños y padres, ya en tiempos del antiguo régimen (siglo XVI y XVII), particularmente en Francia (Ariès, 1992). Según este autor, en la historia de la infancia, primó durante milenios una permanente marginalidad del niño. Destaca luego una ruptura verdaderamente radical con el advenimiento de la sociedad moderna, describe como la “sensibilidad” hacia la infancia no es algo inmanente y que la misma ha cambiado notablemente en relación a las diferentes formas de representar y actuar sobre la misma.

Es con el acceso al poder de la burguesía cuando se renuevan los vínculos familiares y las relaciones afectivas entre sus integrantes, al menos, en estas incipientes clases sociales. Esto lleva al reconocimiento del valor y de la autonomía del niño, como miembro de una institución que debe reproducir determinados modos de vida. La familia burguesa reproduce no solamente para la sociedad, sino para sus integrantes, una serie de estrategias de clase, de permanencia en dominios de poder y de habitus sociales (Bourdieu, 1995). La infancia se la reconoce como un campo propicio para sembrar el germen de la reproducción social. En la literatura se pueden encontrar más ejemplos de esta situación. Sándor Marai, (2004:175) ejemplifica detalladamente la situación en la incipiente burguesía húngara de principios del siglo XX: “En resumen: cualquier hijo de una familia burguesa debía tocar el piano, hablar algún idioma occidental e instruirse para ello dos veces a la semana...”. Al enfoque de Ariès y de todos ellos que plantean una historia eurocentrista y lineal de la infancia, más allá del enorme aporte histórico en lo que habilita a comprender a la infancia francesa y burguesa, se le podría complementar otra información proveniente de una perspectiva cultural.

Un aporte que se le puede realizar a estos modos de contar la historia es el de incluir y extraer de las sombras a una gran parte de la infancia que corresponde a aquella que subsistió y subsiste aún hoy en los horizontes “pre-modernistas” e inclusive más allá de la burguesía. Se puede reflexionar sobre el lugar de la infancia para los pueblos indígenas de Latinoamérica, donde se encuentran etnias supervivientes incaicas y preincaicas como los aymaras. Aquí aparece una infancia diferente de la descrita por Ariès. Los niños constituyen una instancia sin voz, pero con la obligación comunitaria de

ser cuidados, tienen que tener como destino la aplicación de las leyes de los ancestros transmitidas por los mayores, a quienes deben escuchar. Ante el encuentro con la experiencia y la realidad: “recién entonces despiertan como de un sueño y recién entonces piensan (Yujra Mamani, 2005, p.167)”.

Sin ir a las particularidades de los pueblos ancestrales o aborígenes, en las mismas ciudades se construyen infancias diferentes, inclusive en una misma época. Desde “chicos en banda” que trascurren por los bordes de las instituciones modernas, (Duschatzky & Correa, 2002) hasta “niños parias” que ven a la marginación social y exclusión como su presente y futuro (Wacquant, 2001). Desde los niños “superadaptados”, que manejan ritmos empresariales de vida, hasta los “niños consumistas” o “adultizados”, que se enferman con los mismos trastornos que sus padres (Esparza Olcina, 2010). Existen en una misma ciudad niños “super-incluidos”, exitosos y paradigmáticos de los tiempos posmodernos, o apáticos desinteresados, ya insensibles a la lluvia cotidiana de estímulos (Rojas en Dueñas, 2011).

Las historias lineales que describen muchos de los autores y paradigmas mencionados, en donde la sensibilidad y el reconocimiento de la infancia se acrecienta progresivamente, en donde sólo se hace historia en relación a un modelo de habitarla, se deconstruyen automáticamente ante las evidencias que exponen otras sensibilidades y cuidados. Acá es donde la historia vuelve sobre sus pasos y reconoce nuevas voces, no se condena al progreso y no la cuentan sólo los vencedores (Benjamin, 1973). Hay niños que están en una historia que no va siempre hacia adelante.

Se puede reconocer, que, para contar la historia de las infancias, se necesitaría pluralizar el campo de estudio y abarcar las distintas posibilidades presentes en los momentos históricos. Modelos de infancia que parecieran haberse “extinguido”, continúan vigentes en prácticas y representaciones. El desarrollismo, el filicidio o el abandono de siglos anteriores, adquieren nuevos ropajes y visibilidades. Los derechos de los niños no son naturales. El niño que puede no ser niño, subsiste.

### El presente de las infancias

En espacios de la cultura actual, se contradice al concepto de infancia entendida como una etapa que requiere tiempo, tolerancia y paciencia. Aquella etapa de

vulnerabilidad y dependencia, de necesidad de un otro de cuidados continuos y prolongados, de instituciones garantes de formación y atenciones sostenidas en un tiempo, amenaza al imaginario social actual. En este contexto presente, los procesos y cambios tendrían que ser inmediatos. Este nuevo “paradigma” de urgencias, confronta con representaciones de docentes y profesionales de salud ya que, en sus prácticas, la dimensión horizontal del tiempo es ineludible para los efectos clásicos de esas prácticas: los procesos de conocimiento y los procesos de salud. ¿Cómo negociar estas concepciones de infancia con las prácticas clásicas? ¿Cómo aparecen estas relaciones en los vínculos cotidianos? ¿Qué lugar tiene un proyecto institucional, ante la exigencia social de transformaciones vertiginosas? ¿Desde dónde se fomentan estas representaciones en donde la inmediatez, el consumo y la lógica del mercado se funden en los estilos de vida?

Los medios masivos de comunicación en los tiempos actuales tienen un rol protagónico. Sus mensajes actúan sobre los procesos de formación de conciencia de la población mediante símbolos explícitos e implícitos. Así alcanza efectos imperceptibles en amplios grupos sociales. Como agentes de comunicación, los medios imparten contenidos que significan también el lugar de la infancia en nuestra cultura (Casas, 1998). Los medios pueden legitimar determinada política-económica que hace al modo en como se representa a los niños y como se actúa en consecuencia. Un vigente estudio, demostró en los años 80, que por lo menos dos terceras partes del tráfico de noticias en Latinoamérica, provienen de agencias norteamericanas de información (Beltrán, L. & Fox, E., 1980). A pesar de los intentos de cambios en las legislaciones nacionales<sup>3</sup>, esta influencia ideológica, alimenta representaciones que sostienen percepciones y modos de vida. En el núcleo de estas representaciones sociales se percibe la apología a ciertos sistemas, modos de ser y relacionarse, configurando actitudes políticas y económicas con intereses que fácilmente podrían relacionarse al neoliberalismo (Crovi, 2000; Corvalán 2016)

Siguiendo con esta idea, la transformación del ciudadano en sujeto consumidor no ha dejado a la infancia libre de consecuencias, es más, el discurso mediático vuelve

<sup>3</sup>La Ley de Servicios Audiovisuales o Ley 26.522, fue sancionada en la mañana del 10 de octubre de 2009 y reemplaza a la vieja ley de radiodifusión. Propone entre otros puntos: la necesidad de una activa producción nacional y local en la producción de contenidos, una participación de entidades sin fines de lucro y la limitación de licencias a empresas privadas. Sin embargo, en el año 2016, el presidente Macri a través de decretos modificó puntos nodales de la Ley.



ineficaces las operatorias modernas de instituciones claves: la familia y la escuela. El mercado y las tecnologías se internan en las lógicas de producción de discursos sobre la infancia clásica, incluso algunos autores llegan hasta afirmar que la niñez se ha destituido (Corea & Lewkovicz, 1999). Esta idea que da nacimiento a la figura del “niño consumidor”, pone el acento en la búsqueda del lugar de la infancia en el libre juego de ofertas y demandas. La salud y la educación constituyen productos disponibles a ser consumidos acorde a las posibilidades de los grupos sociales. Las prácticas de salud no son las mismas para todos los sectores sociales, como así tampoco las ofertas educativas. Distintos modelos de niños son pensados más allá de un patrón general que los sitúa a todos en las lógicas del mercado.

Cuando se estudian los valores y las prácticas que se presentan en el modo de ser un niño “normal”, se puede describir una rutina que incluye un atravesamiento institucional de origen moderno, la escuela y la familia, pero configuradas esta vez con múltiples significados y prácticas en donde las exigencias y la eficacia reemplazan otros objetivos. Los niños, en la mayoría de los países occidentales, están obligados a consumir innumerables objetos para participar de muchas de las actividades propuestas masivamente. Todas las dimensiones de la vida del niño tienen su correlato en productos a consumir necesariamente: la alimentación, el juego, la escolaridad, la salud y la enfermedad. Estos momentos de la infancia, para ser reconocidos y validados por los actores de una sociedad consumista, tendrían que adecuarse a los modelos publicitarios ofrecidos en el mercado de bienes y servicios. La infancia aparece a ser leída en función a su productividad.

Este panorama puede visualizarse como el tiempo de sustitución de un modo de habitar la infancia por otro, “el crepúsculo del siglo del niño” como sostienen algunos pensadores. El desarrollo revolucionario de los medios de comunicación y de la tecnología informática, no solucionan para la infancia la histórica falta de seguridad, la ausencia de justicia e igualdad, sino que establecen condiciones de vida y muerte ajustadas a promesas de pertenencia y actualización. Volnovich (1999), uno de los pensadores que comparte estas ideas, sostiene que:

“1) Los medios le dicen al hombre de la masa quién es –le prestan una identidad; 2) le dicen qué quiere ser –le dan aspiraciones; 3) le dicen cómo lograrlo –le dan una técnica; y 4) le dicen cómo puede sentir que es así, incluso cuando no lo es –le dan un escape.” (p. 77)

El campo de la infancia se instrumenta para la realización de un tipo de “hombre”. A pesar de los objetivos explícitos de las instituciones por las que los niños transcurren (salud, educación, contención), las prácticas y representaciones, con mayor o menor explicitación, se nutren de contenidos ideológicos cuyo objetivo general es la reproducción social de un modelo cultural, político y económico.

### III. Los derechos en juego

*“Es la ley como la lluvia:  
nunca puede ser pareja;  
el que la aguanta se queja,  
pero el asunto es sencillo:  
la ley es como el cuchillo,  
no ofende a quien lo maneja.”*

*José Hernández, (2000, p. 229)*

marco jurídico que sitúa a los niños como sujetos de derechos puede permitir comprender el lugar asignado a la infancia y de aquí repensar el entramado de prácticas en su pertinencia legal. El cuerpo legal, internacional y nacional, ha planteado transformaciones que exponen no solo la situación del niño esperable en un momento histórico definido, sino también, que tipo de infancia es concebible en términos del derecho. Más allá de la correlación aparente entre el sistema legal y las acciones cotidianas, son los cambios en los modos de entender la niñez los que generan innovaciones jurídicas. Ahora bien, y como se va a analizar en lo que sigue, muchas veces aquella correlación no es lineal. No siempre las legislaciones acompañan las ideas vigentes y no siempre las prácticas cotidianas, junto con las representaciones afines, responden a una propuesta del campo del derecho.

En la Argentina, por ejemplo, el cambio de paradigma reciente fue notorio. Esta transformación fue producto de la sustitución del modelo sostenido en la Ley de Patronato de Menores por el modelo de la Ley de Protección Integral de Niñas, Niños y Adolescentes. Una nueva manera de concebir el derecho se articula con una renovada

concepción de niñez, de aquí que las prácticas se replantean objetivos y métodos de trabajo. Se puede hacer una breve cronología de legislaciones y prácticas para obtener un panorama de la situación actual. ¿Cómo han sido considerados los niños a lo largo del tiempo en términos legales?

Por ejemplo, en la Antigua Roma, el esquema legal estaba organizado en relación al pater familias, que otorgaba el derecho a vivir o morir (Casas, 2006). Al recién nacido se lo situaba a los pies del soberano, quien decidía si le otorgaba el derecho de vida o no. Nadie más podía quebrantar tal derecho de decisión. Fue Constantino quien firmó el primer edicto contra el infanticidio (año 319) y el Papa Inocencio III, inventa el torno en 1198 para que se pueda abandonar al niño sin que se conozca al autor y aumentando las probabilidades de subsistencia de aquél. Estas medidas vienen a palear la práctica común histórica del infanticidio.

Hasta el advenimiento de la modernidad, la infancia como tal no representaba una instancia vital garante de derechos, es más, hasta principios del siglo XIX, las penas judiciales a estos “pequeños hombres” no se diferenciaban de las penas a los adultos (García Méndez, 2004). La figura del menor aparece ligada a la de vulnerabilidad social, junto con la figura del loco y de la mujer. Las medidas de seguridad aplicadas sobre los niños estaban determinadas exclusivamente por la determinación de un juez. Durante la revolución industrial, aparecen algunos movimientos de opinión contra la explotación infantil en las fábricas de las capitales industriales. El Parlamento Británico entre los años 1830 y 1840 promulga leyes prohibiendo que los menores de 10 años trabajen en minas subterráneas y limitan su jornada diaria a 10 horas (años 1830 y 1840). El caso Mary Ellen (Casas, 2006), expone otro “avance” en los derechos infantiles. Un tribunal de New York en 1874, aplicando la Ley contra la crueldad con los animales, condena a una madrastra por trato cruel a una niña. Este caso marcó la creación de la primera sociedad para la prevención de la crueldad con los niños y fue vanguardia para los demás estados de los Estados Unidos (EEUU).

Por otro lado, pero en el mismo campo de las legislaciones referentes a la infancia, en Illinois (EEUU), en el año 1899, se crea el primer tribunal de menores. Se consolida una estrategia jurídica de control-protección-punición hacia los niños que de una u otra manera infringen la ley o se encuentran excluidos. El niño que queda por fuera del entramado institucional moderno de la escuela y la familia pasa a ser considerado en términos civiles como un menor. Esta figura acompaña la “doctrina de la situación

irregular”, en este marco, el niño, convertido en “menor”, es juzgado para ser protegido, se lo institucionaliza alejado de su núcleo familiar, se lo asila en hogares especializados y se lo priva de la libertad. En ninguna instancia del proceso se reconocen los intereses del niño. El juez dispone de la situación del menor, las sentencias a su nombre actúan taxativamente sobre el porvenir de un sujeto que no tiene voz sobre su estado actual ni sobre su futuro.

Hasta las décadas del 20 y 30 del siglo XX, las políticas sociales infantiles en América Latina eran administradas en forma compartida por la iglesia y el Estado. Todos los programas y políticas focalizaban a los hijos de los pobres (García Mendez, 2004). La Ley N°10.903 de Patronato de Menores de la Argentina fue publicada en el Boletín Oficial el 27/09/1919, también llamada Ley de Agote por su promotor, rigió en nuestro país durante 86 años. En la misma la figura del niño pobre o de riesgo social se homologa a la figura del menor. Como algunos autores sostienen (Tiffer Sotomayor, 1996; Urcola, 2010) el derecho del menor se desarrolla durante estos años con una “ideología defensiva de la sociedad”. Esta cosmovisión positivista-antropológica, identifica la peligrosidad y la anormalidad, de aquí que determinados niños que puedan peligrar el orden social son convertidos en menores y ya no podrán librarse de una etiqueta penal y social. Entrar en el camino judicial podía privar a estos menores de participar de otras instituciones infantiles sostenidas por el Estado, instituciones sanitarias y educativas pensadas para niños y no para menores. La decisión sobre el proceso quedaba bajo decisión exclusiva del Juez de Menores quien podía “disponer del menor” entregándolo: a una persona honesta, a un establecimiento de beneficencia (público o privado) o a un reformatorio público (Ley N° 10.903, Artículo 14, 1919).

La doctrina de la situación irregular se caracteriza en función de condensar un acto protector con un acto penal, sin distinguir claramente entre un niño que viola una ley y un niño en estado de abandono. Si bien las leyes declaran inimputable al niño<sup>4</sup>, este sistema tutelar objetaliza al menor quien, en arbitrio del Juez, puede llegar rápidamente a perder su libertad. Este mecanismo de resolver por medio de normas jurídicas las deficiencias de las políticas sociales básicas será utilizado en un amplio espectro de hechos civiles. El derecho, al ser visto por las técnicas de sometimiento ejecutadas y por

---

<sup>4</sup> La Ley N°22.278 (1980) declara inimputable a los menores de 14, en 1983 la edad se eleva hasta los 16 (Ley N°22.803)

los instrumentos de intervención, eclipsa muchas veces las legitimidades que establece, ya que el poder, en su magnitud, supera las reglas del derecho (Foucault, 2006).

A pesar de los intentos internacionales, como, por ejemplo, la Declaración de Ginebra sobre los Derechos del Niño (1924), la Declaración de los Derechos del Niño en las Naciones Unidas (1959), la situación de los niños en el auge del neoliberalismo no reflejó garantías en términos de derechos. Analizando las cifras de mortalidad, desnutrición, enfermedad, analfabetismo, explotación sexual, laboral y abandono en la década del 90', en los países latinoamericanos, podría afirmarse que los derechos de los niños son los derechos humanos más extensamente violados (Albornoz, 1990).

La Declaración de Ginebra es la primera declaración sobre la protección de la niñez, estableciendo que los hombres y mujeres de todas las naciones “deben dar al niño lo mejor de sí mismos, aceptando y declarando como deber, por encima de toda consideración de raza, nacionalidad o creencia determinados deberes”. La Declaración de los Derechos del Niño fue proclamada por la Asamblea General de las Naciones Unidas en el año 1959 por resolución N°1386 (XV). En su preámbulo considera que el niño, por falta de madurez física y mental, necesita prioridad y cuidados especiales, incluso la debida protección legal, tanto antes como después del nacimiento. Reconoce también que la humanidad debe al niño lo mejor que pueda darle. En el Artículo 24 por ejemplo se establece que: “al promulgar las leyes con este fin, la consideración fundamental a que se atenderá será el interés superior del niño.”

Recuperándose varios elementos de estos instrumentos legales internacionales se fue dando lugar a un nuevo paradigma en lo que hace al tratamiento de la niñez. “La Doctrina de protección integral”. Esta doctrina expresa un salto cualitativo en la consideración social de la infancia. Está conformada básicamente por la Convención Internacional de los Derechos del Niño (CIDN), pactada en 1989 e incorporada a la constitución nacional en 1990 por medio de la ley 23.849. Con la Reforma Constitucional de 1994, el art. 75 inc. 22 de la Carta Magna, se otorga a los tratados internacionales una jerarquía superior a las leyes; incorporando así a nuestro ordenamiento una serie de Tratados sobre Derechos Humanos entre ellos la CIDN. Pero durante quince años, la vieja Ley de Patronato “convivió” con los nuevos tratados incorporados a pesar del evidente antagonismo. Fue en el año 2005 que se concluyó con el prolongado proceso de reforma legislativa y adecuación normativa en materia de protección de los derechos de la infancia. En septiembre de 2005, el Congreso de la Nación, sancionó la Ley nacional N°

26.61 de Protección Integral de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes, que derogó legalmente la Ley de Patronato.

La CIDN reconoce la situación particularmente difícil de los niños en el mundo, menciona que los Estados partes deberán hacerse cargo del completo bienestar del niño teniendo en cuenta su “mejor interés<sup>5</sup>”. Enumera también una larga lista de derechos de los cuales el niño participará en calidad de sujeto. Entre otros:

- Derechos de previsión: el derecho a poseer, recibir o tener acceso a servicios que garanticen su desarrollo armónico e integral como seres humanos. Encontramos el derecho a:
  - Derecho de nombre y nacionalidad: Art. 7, a ser registrado inmediatamente después de su nacimiento, nombre y nacionalidad.
  - Identidad: Art.8, preservar su identidad, nacionalidad, nombre.
  - No separación de sus padres: Art. 9, mantener relaciones y contacto directo.
  - Reunión de la familia: Art.10, relaciones con ambos progenitores.
  - Crianza y educación: Art.18, Ambos progenitores asumirán la responsabilidad de su crianza y desarrollo.
  - Salud: Art.24, disfrutar del más alto nivel de salud.
  - Nivel de vida: Art.27: un nivel de vida adecuado para su desarrollo integral.
  - Educación: Art.28, derecho a la educación.
  
- Derechos a la protección: Comprende el derecho a ser protegidos de ciertos actos o prácticas que atenten contra las posibilidades de su desarrollo integral como seres humanos.

---

<sup>5</sup> La CIDN en su Artículo 3, Inciso 1, dice: “the best interest of the child”. Esto no es un detalle menor como veremos luego.

- Protección contra abusos: Art.19, protección contra toda forma de abusos ya sea físico, sexual o mental.
- Adopción: Art.21, derecho a que en caso de adopción el interés superior del niño sea la consideración primordial.
- No ser explotados económicamente: Art.32, derecho de ser protegidos contra la explotación económica y contra trabajos peligrosos, nocivos para su educación, su salud o su desarrollo físico, mental, espiritual, moral o social.
- Estupefacientes: Art.33, protección contra el uso ilícito de los mismos.
- No ser explotados sexualmente: Art. 34, protección contra esta forma de abuso.
- No ser torturados y a no imponérseles la pena capital: Art. 37, derecho a no ser sometidos a torturas, a que no se le imponga la ley capital ni la prisión perpetua, y a no ser privado de su libertad ilegalmente.
- Cuestiones penales: Art. 40, derecho del niño a que ha infringido las leyes penales a recibir tratamiento que fomente su sentido de la dignidad, que fortalezca su respeto por los derechos humanos y las libertades fundamentales y que promueva su reintegración a la sociedad.

El contexto socio-político de la época de integración de la CIDN se caracteriza por una creciente profundización del modelo neoliberal en donde el Estado cede funciones, responsabilidades y garantías a los intereses privados e individuales. De esta manera, el ejercicio de esta normativa legal que supone un Estado protagonista y activo para garantizar derechos resulta contradictorio. Pilotti (2001), describe esta situación paradójica refiriendo a la situación en América Latina como la circulación de un texto sin su contexto. Podemos pensar con Bustelo (2007), que la importancia de esta Convención es incuestionable desde muchos puntos de vista, como así también sus debilidades. Se piensa por un lado en un niño-individuo sujeto de derechos, derechos personales, consonantes a los de los adultos, en una conquista que expresa uno de los propósitos de la ideología neoliberal. De tal manera este “niño capitalista” exige y se confronta desde su individualismo con un Estado que debiera garantizarle sus derechos. Pero un Estado

de Bienestar, en una sociedad de libre mercado y políticas afines los grupos empresariales, es una amenaza para el fluido desarrollo de los intereses privados. Estos intereses aparecen ocultos u omitidos en la Convención, junto con las decisivas responsabilidades que tendría que tener el sector privado en el campo de la infancia.

Entre otras cuestiones criticables, se presenta la ambigüedad del concepto de interés que se esgrime como un punto clave de la Ley. Está la posibilidad de que la garantía de derechos de los niños, sea relativa a la asunción de una responsabilidad que tranquilamente pueda no asumirse: la ley establece responsabilidad sobre los daños causados por los actos, pero no por los daños causados por las omisiones. Hay una importante condicionalidad, en el disponer de los recursos del Estado, para cumplir con esta convención en caso de recesión o crisis económica. También hay que considerar el hecho de que, en la elaboración del documento, no participó la mayor parte de los países del mundo, teniendo que ajustarse la humanidad a un modo globalizado de entender el derecho, focalizado exclusivamente sobre los derechos individuales.

Para contextualizar las condiciones sociales de la época, en el año 2004, un año antes de la promulgación de la Ley, el porcentaje de niños indigentes se ubicaba en el 25 por ciento. 58 de cada 100 chicos argentinos menores de 14 años eran pobres.<sup>6</sup> Las protecciones, garantías y derechos se encuentran vulnerados en contextos donde las necesidades básicas no se encuentran satisfechas y en donde la pobreza condiciona el acceso a la escolaridad y a la salud. La idea de que “los derechos se reconocen en su condición de existencia, pero se desconocen en su condición de ejercicio (Bustelo, 2007)” ilustra la situación que se sostiene en los enunciados de los que trabajan con los niños.

En las representaciones sociales de los grupos entrevistados, la temática legal aparece manifiesta de manera inespecífica y a veces ignorada, con pocas correspondencias prácticas reconocibles. Las docentes manifiestan desconocer y no estar formadas en lo que hace a problemáticas legales. Los profesionales de la salud, reconocen que en “algún momento” se dieron charlas con respecto a la temática y, en la formación profesional, la dimensión legal aparece subordinada a otras cuestiones teóricas-técnicas. Poco se enuncia sobre las implicaciones de la Ley, sobre las consecuencias prácticas y poco se detalla sobre el cómo proceder en el terreno jurídico.

---

<sup>6</sup> Página 12, Buenos Aires, 30/9/04.



La cuestión legal y la situación actual ilustran una situación compleja. Por un lado, la legislación actual marca una transformación positiva en lo que hace a la superación de una lógica tutelar-penal determinista, en donde como se vio, la situación de incapacidad y exclusión de los niños quedaba al arbitrio de un Juez de Menores. Al reconocerse a los niños como sujetos de derechos, se plantea la posibilidad de instrumentar las leyes de manera efectiva para mejorar la situación de millones de personas, aunque de por sí, estas leyes, no tengan una correlación simple y directa con esa mejora. Aquí es cuando la ley expone su doble cara.

Al seguir relacionándose la situación legal de los niños con un discurso estrictamente jurídico y penal, al desconocerse la implicación legal necesaria de todos los sectores que inciden en el campo de la infancia (públicos y privados), al seguir sosteniéndose figuras tutelares ajenas a la historia del niño... Más allá de los cambios en términos legales y de reemplazo de la lógica de la Ley de Patronato, los puntos de esta lógica punitiva y estigmatizante continúan vigentes en las prácticas cotidianas. Medios de comunicación masiva siguen hablando de “los menores”, generalmente vinculados a hechos delictivos o a situaciones de abandono<sup>7</sup>. Las políticas sociales, acentuadas en esta nueva perspectiva, tendrán que ser respaldadas y establecidas por todos aquellos sectores involucrados; no solamente en términos conceptuales sino en las acciones comunitarias.

Si en las prácticas médicas, se privilegia el diagnóstico por sobre la “identidad del niño” (Artículo 14), si en el tratamiento se lo inhabilita iatrogénicamente para “jugar o hacer deporte” (Artículo 20) o no son tenidas en cuenta las pautas familiares y culturales (Artículo 14), al imponerse el saber técnico especializado...

Si en la escuela, los procesos de salud, son desatendidos y derivados directamente a los profesionales de salud (Dueñas, 2011), si se educa en un modelo de niño ajeno a las realidades culturales posibles (Artículo 15), si se pasan por alto situaciones que afectan “la integridad del niño” en la casa o en cualquier otro ámbito (Artículo 9) ...

Si la familia, solo vuelca en la figura de la madre el rol de responsable total de la crianza, sino se asume como principal aseguradora del efectivo ejercicio de derechos por parte de los niños (Artículo 7), si hace de la salud infantil un problema exclusivamente

---

<sup>7</sup> Basta con buscar en Internet noticias relacionadas “a menores” para comprobar como, en determinados medios, están vinculados a hechos delictivos y a la peligrosidad social.

médico y biológico... Ante este panorama de prácticas, las leyes, al mismo momento que son vulneradas, habilitan una impunidad de ejercicio.

¿Ambigüedades jurídicas de una legislación que al mismo tiempo que habilita inhibe acciones afines? ¿Falta de un tiempo lógico de reconstrucción conceptual para que se pueda asumir el nuevo lugar de la infancia? ¿Distancias críticas entre un marco representacional, que reconoce a los niños como sujetos de derechos, y sus correlatos en las prácticas cotidianas? Indudablemente, en los juegos del derecho, las reglas pueden esconder o encontrar las condiciones para una infancia protegida.

Para terminar, se puede pensar en algunas dimensiones de la problemática considerando la siguiente frase inspirada en la filosofía de Nietzsche. Escribe Foucault (1992, p.18):

*“El gran juego de la historia es quién se amparará en las reglas, quién ocupará la plaza de aquellos que la utilizan, quien se disfrazará para pervertirlas, utilizarlas a contrapelo y utilizarlas contra aquellos que las habían impuesto, quien, introduciéndose en el complejo aparato, lo hará funcionar de tal modo que los dominadores se encontraran dominados por los vencidos.”*

#### IV. Las instituciones de lo esperable

##### Instituciones en las infancias

La articulación entre infancia y escolarización permite ilustrar varios puntos del momento moderno de la infancia y los lugares por donde esta transcurre. En los albores del siglo XIX, la escuela aparece como una institución que en una primera instancia señala la importancia de la infancia para las políticas públicas, ya sea como contención, ya sea como control social. A su vez, la educación formal en su propuesta plantea diferencias acordes al tipo de infancia destinataria, si bien la enseñanza primaria nace en la Argentina con un carácter nacional laico, gratuito y obligatorio, la educación media y superior era patrimonio exclusivo de la burguesía acomodada (Carli, 2002). Se presentan entonces instituciones que a medida que reconocen, contienen, instruyen, protegen... también

clasifican, estructuran, normalizan, coaccionan. Las infancias que trascurren por las escuelas hasta el día de hoy, se nutren de una complejidad integrada por: principios ideológicos, postulados políticos, estrategias pedagógicas, modos de concebir a los niños, doctrinas económicas y también diferentes conocimientos que organizan las prácticas.

La escuela y la familia aparecen como las dos instituciones protagónicas en la construcción de la infancia moderna. La complicidad entre las mismas, abogarían por una niñez normal rebotante de ciudadanía. La familia vela por los cuidados básicos, la crianza y el trabajo sobre las necesidades básicas. La escuela, en complementación, instruye sobre los conocimientos formales que habilitan al progreso y sobre las herramientas para el ingreso al mundo del trabajo. Pero no toda la infancia está incluida en este acuerdo. Hay niños, que, por sus particularidades históricas, quedan fuera de esta complicidad. Muchos de estos, a lo largo de las trayectorias de las instituciones, fueron reeducados desde la figura del menor. El autoritarismo de este régimen, contrasta con la política social de introyección internacional descripta anteriormente, acciones y normas que otorgarían libertad a los niños de todas las edades. Estas miradas contradictorias (Carli, 2002) entre libertad y autoritarismo, se aclaran al puntualizar el tipo de niño al que se hace referencia en los modelos ideales de las instituciones.

Cuando se analizan las transformaciones en las instituciones modernas, se puede comprender como las organizaciones tradicionales, como la familia nuclear, la escuela, la iglesia y demás, ya no son los principales organismos de reproducción social, canalizando a los individuos en roles establecidos (Beck, 1992). Los medios de comunicación, los intereses empresariales, las políticas internacionales que imprimen sobre las culturas un modelo de progreso, atraviesan los modelos que sostienen el desarrollo de los niños. La cuestión de la infancia constituye un analizador que expone la historia reciente y el presente de la coyuntura actual de las condiciones materiales y simbólicas (Carli, 2010).

Las coyunturas políticas condicionan las conceptualizaciones en el campo de la infancia. La historia nacional, al atravesar etapas disímiles en torno a la configuración social de sus instituciones, replanteó no sólo el modelo de ciudadano a proyectar desde el inicio de la vida, sino también el tipo de niño necesario para admitir en las lógicas institucionales. Las escuelas sobrellevaron cambios a lo largo de la historia argentina y, junto con las familias, no quedaron al margen de los contextos políticos. Estas instituciones se despliegan en contraste o en sintonía con un modelo de país y también

con un proyecto político-económico. Lo que es una evidencia, es que nunca, el campo de la infancia, el de la educación y del resto del tejido social, se mantuvieron ajenos a estas transformaciones. A continuación, una breve síntesis de estas transformaciones.

Ya se mencionaron los intentos normalizadores del “proceso de organización nacional” que se sostuvo en la escuela y en la familia. Sarmiento privilegió un modelo de educación, de ciudadanía y de progreso (Sarmiento, 2000), que erradique la barbarie y forme en un espíritu ilustrado universalista. Desde la creación de la Escuela Normal de Paraná en 1870, todos los niños tienen que formarse en el espíritu de la civilización y en un modelo cultural “avanzado” y ordenado por la razón. El modelo normalista presentó crisis y habilitó discusiones. Las ideas de civismo, disciplina e investigación formaban parte de la propuesta de los maestros norteamericanos convocados por Sarmiento para la formación de docentes.

En los procesos históricos sucedáneos, se pueden ubicar los orígenes de la conformación del Estado Nacional, en un régimen conservador-agroexportador. Desde principios de fines de siglo XIX y principios del XX, se establece una sociedad controlada por la oligárquica y de búsqueda de organización en función a los procesos inmigratorios. La propuesta oficial es que la familia educa y la escuela instruye. Pero no todos los niños podían ser normalizados. Desde las damas de beneficencia, partidarias de una educación “distinguida” para las niñas, hasta los menores alojados en asilos de huérfanos, con tasas de mortalidad infantil de más del 54% (Guy, 1994), se establece un abanico que comprende infancias especiales que no encajan en los modelos preestablecidos.

En la etapa radical, que arranca desde el 1916, primó una renovación general de garantías ciudadanas. Sin embargo, el modelo económico continuó en la lógica de la economía agroexportadora afín a la oligarquía. Durante estas gestiones radicales se aumentaron las escuelas y se redujo el analfabetismo. Pero según Tedesco (1982), el radicalismo, al representar a sectores medios, no tiene una inserción definida en las relaciones de producción capitalistas, ni como propietarios de capital, ni como fuerza de trabajo. Este carácter de híbrido le impediría visualizar adecuadamente el papel de la educación en el ámbito productivo. Se perpetúan diferencias sociales y modelos heterogéneos de infancia. La tendencia escolanovista de estos años no alcanza para renovar las propuestas normalistas, de hecho, la falta de articulación entre escuela y trabajo sitúa a la escuela en un mero lugar de reproducción social de las diferencias de clases. Durante la Década Infame, esto se acentúa, la escuela es pensada en función de

formar en el sentido nacional: argentinizar. El día del Himno y de la escarapela se articula con la injerencia de la disciplina militar en las aulas.

Entre 1945-1955 aparece el intento peronista de modelar un sujeto nacional-popular en función de “privilegiar a los niños” y la dignidad de los trabajadores. Las escuelas se multiplican y las familias incorporadas al mundo del trabajo entablan una complicidad institucional para el cuidado de la infancia. El país fue permeable en estos momentos a las propuestas internacionales pos guerras mundiales, de hacer de los niños sujetos de derechos. La educación se articula con el mundo del trabajo y la infancia es vista instancia para restituir a la sociedad. Las nuevas cadenas generacionales, tendrían que servir para de otro tipo de reproducción social y política y la infancia constituía ese provenir (Perón, 1948). Hay un Estado que toma protagonismo en función de garantizar derechos y definir políticas.

Los procesos dictatoriales en la Argentina y el resto de Latinoamérica, se caracterizaron por abrir la puerta a los mercados internacionales y por cerrar las puertas a la alteridad política. Privilegiando el negocio de modelos financieros y la lógica agroexportadora, se promueve una Patria libre de ideologías y de fenómenos que tiendan a la desorganización nacional. Expulsando, exiliando y desapareciendo: obras, docentes, militantes, estudiantes; se promueve la enseñanza de contenidos despolitizados y una historia presentista justificadora del orden impuesto. La infancia, no queda inmune de la violación de Derechos Humanos, es secuestrada, asesinada y privada de libertades. El espacio público se presenta oficialmente como peligroso, quedando relegada la participación de los niños en los lugares a una crianza privada (Carli, 2010). La escolarización se organiza en un sistema que exalta la ciencia en alianza con la disciplina y la familia tiene que actuar en sincronía. Se promueve, ante todo, la transparencia, la vigilancia y el control (Guitelman, 2006).

Con la vuelta a la democracia, la sociedad encuentra un respiro político y de libertades civiles más que económico. Los sistemas educativos vuelven a reincorporar la opción de pensar en lo diferente, escolarizar para un ciudadano democrático y construir con familias heterogéneas social e ideológicamente. Pero las bases materiales no habilitan a transformaciones profundas y se expresó esto en el desentendimiento general del Estado neoliberal en los 90, sobre todo de las cuestiones educativas y sanitarias. Esto contrasta no sólo con el modelo de protección de la infancia de algunas décadas anteriores, sino con el espíritu de cuidados de los organismos internacionales citados e incorporados por

estos mismos gobiernos. La desigualdad económica se incrementa en una sociedad en donde el Estado se organiza más para la administración de servicios que para la regulación de derechos. La educación y la salud, con la injerencia y desarrollo de los mercados privados, aparecen como productos más dentro de la lógica de la oferta y la demanda. La sociedad se polariza en relación a la capacidad de consumo y la infancia se fragmenta cada vez entre los que tienen y los que no tienen. Ya se analizó, en el apartado anterior, la contradicción existente entre un marco legal que promueve derechos y gobiernos que habilitan a grupos económicos que vulneran garantías sociales.

Estos breves y sintéticos párrafos anteriores, apuntan a entender, de modo exploratorio, el carácter instrumental de las instituciones escuela y familia, en relación a un modelo de país. Estos modelos, en determinados momentos, a través de regímenes con distintos objetivos, han dispuesto un marco legal e institucional que coacciona a las familias, desde el trabajo o desde políticas específicas. Las escuelas se resienten de la misma manera, siendo permeables a las lógicas de las otras instituciones y a la determinación de las políticas educativas, económicas y civiles. Para pensar en la infancia y sus instituciones, es pertinente conocer el contexto histórico que da formas a lo esperable de esas instituciones y a lo esperable en términos de infancia.

Las escuelas han cambiado, también las familias, también los niños, en sus materialidades, prácticas y conceptos.

#### La infancia en las instituciones

Se propone en las sociedades actuales una imagen de “niño modelo” que actúa como parámetro para pensar en lo esperable y en las características de un desarrollo normal. Desde esta imagen, se piensa en relación al niño y a las instituciones por las cuales él transcurre: el niño en la escuela, el niño en la familia, el niño en el club... En estas instancias, se espera un modelo ideal de ser niño o, en términos antropológicos, un ser que disponga de características promedios dentro de una naturaleza humana, el consensus gentium (Geertz, 1990). Se esperan comportamientos deseados, condiciones físicas-anatómicas “normales” y actitudes psíquicas acordes. -Un niño sano es un niño que se ajusta a lo esperable<sup>8</sup>- ; -El chico, para poder aprender tiene que estar prolijo y

---

<sup>8</sup>Entrevista 2 a Docente Espacio Social II. Espacio social de muy buenas condiciones de vida.

bien alimentado<sup>9</sup>-. Lo esperable expresa lo que se consideran condiciones necesarias para el ejercicio institucional, que alcanza no solo a dimensiones físicas o conductuales, sino también a formas de vestimenta, valores culturales y expresión.

Cuando ante lo esperable se presenta lo inesperable, el eje de la problemática se puede situar en la figura del niño y no en las lógicas institucionales. La exigencia sobre el como se debiera actuar, pensar o sentir, recae sobre el niño y no sobre la representación que del mismo se hace desde los lugares que alojan a la infancia. El sistema escolar, en los actores que lo sostienen, establece en términos generales que los niños deben poder incluirse en una guardería a los 3 años (la obligatoriedad es a los 4), aquí tienen que diferenciar colores y formas, luego desde los 3 a los 6 corresponde que aprendan reglas sociales junto a contenidos, a los 7 años deben poder escribir y leer estando quietos alrededor de 6 horas. Todos al mismo tiempo en un mismo espacio. Un niño, en su rutina complementaria a lo anterior, tendría que responder de manera efectiva y templada a las problemáticas cotidianas. El fracaso escolar, cuando el niño queda por fuera de esta escalera ascendente (Temporetti, 2013), es vivenciado de manera conflictiva. Se habilita una zona de incertidumbre en las trayectorias infantiles y es aquí en donde la patologización encuentra un terreno fértil. En estos contrapuntos entre lo normal y la exigencia institucional, se abona el campo de la enfermedad en la infancia.

La asociación inmediata entre infancia y patología, que caracteriza el sentido común de muchos grupos sociales estudiados, ilustra un enfoque que se encuentra atento a los desvíos, conflictos y “a-normalidades” con respecto a modelos establecidos. Se entiende que la situación en la que se encuentra determinado niño tiene un carácter determinante para su futuro, ya que la representación de la infancia tiene esta cualidad: cualquier enfermedad que el niño posea y no se trate rápidamente, lo condenaría de manera perpetua perjudicando radicalmente su “futuro” y no solamente a su vida institucional. La particular dimensión de progreso, que interviene como ideal final de muchas de las intervenciones sobre la infancia, racionaliza las acciones cotidianas en pos de mantener incluidos a los niños en determinadas lógicas (Bleichmar, 2008). Como expresó esta autora citada, se instruyen a ciertos niños para que sean “jóvenes empresarios”, se los alimenta para que no queden fuera del sistema productivo, se los cura rápidamente para que no queden retrasados. La infancia es vista de este modo por fuera

---

<sup>9</sup> Entrevista 3 a Docente Espacio Social I. Espacio social de malas condiciones de vida.

una etapa de crecimiento, de desarrollo o de esperas. Con esta perspectiva se la aloja en un espacio a-temporal en donde cada elemento interviniente tiene que tener su finalidad. El niño esperado tiene un peso y una medida, una forma de pensar y moverse (o no moverse), pero estas cualidades lo son en vistas de lo que va a ser en un futuro.

Apartarse del esquema de lo “esperado” y del comportamiento “ideal”, habilitaría a integrar y a reconocer infancias que hasta el momento son invisibilizadas o vulneradas. Esta vulneración se produce induciendo patologías en donde quizás allá un modo particular de estar en el mundo, introduciendo prácticas agresivas o forzando los procesos de desarrollo: -Me dijeron en el Colegio que para que mi hijo siga, lo tenía que medicar<sup>10</sup>. Los niños con diferentes desarrollos, pensados como “anormales”, a veces expresan del peor modo, las presiones de las instituciones en las que transcurren y las exigencias de una sociedad que exige determinado modo de ser niño.

## V. Algunas consideraciones sobre la cultura en la infancia

“Nací viejo.

Mi vida ha sido un tránsito brusco de la niñez a la vejez,

sin términos medios.

No tuve tiempo de ser niño.

Hay una pelota nuevita guardada  
en algún rincón de mis recuerdos”.

Vizcarra (2002, p. 3)

Se remitirá a describir algunas últimas consideraciones con respecto a la cultura y a la infancia. La cultura puede entenderse como la construcción de un sentido universal en prácticas particulares (Touraine, 1997). Estas prácticas no se desligan de símbolos y valores que entran a los seres humanos en un momento histórico. Estudiar a una cultura

<sup>10</sup> Entrevista 4 a Madre Espacio Social II.



desde una perspectiva semiótica (Geertz, 1990), permite interpretar la diversidad de significaciones y sentidos que se expresan en representaciones y acciones. Como toda dimensión de lo humano se encuentra atravesada por la cultura, se puede establecer, que la infancia no se encuentra ajena a símbolos, ideas y valores. Por medio de las representaciones sociales de los actores que transcurren en la vida de los niños, se inscribe, en la cultura infantil, actitudes, conocimientos y creencias. Describir entonces un conjunto de elementos de esta cultura y esbozar asociaciones, permitirá entender alguna de las relaciones entre significados, conductas y modos de pensar a la infancia.

Todos los grupos entrevistados en este estudio, presentan la moderna idea de reconocer a la infancia como una etapa particular del desarrollo, con características especiales y con la actitud explícita de entender a los niños como “sujetos de derechos”, como seres que tienen que ser “amados, escuchados y acompañados”. Esta categoría emergente de los enunciados atraviesa los distintos sectores estudiados. Ahora bien, en estas ideas, las diferencias aparecen desde el vamos en el modo en como ese reconocimiento “de etapa especial del desarrollo” se traduce en símbolos y acciones.

Los distintos espacios sociales están provistos de disímiles capitales (económico, simbólico, social y cultural) que se expresan en una significativa amplitud de posibilidades de enunciación de las problemáticas y de los recursos para actuar frente a las mismas. Los medios para expresar, por ejemplo, el cuidado a los niños, varían de un grupo a otro; así mismo las formas de expresión de lo que entienden por salud infantil, los recursos materiales utilizados para los cuidados y la capacidad de reconocimiento de los problemas que deben ser atendidos. Se comprendió, por ejemplo, que en el espacio social de muy buenas condiciones de vida (Espacio Social II), los actores implicados refieren que para garantizar un niño sano se debe promover el desarrollo personal, el futuro profesional, el darles a los niños la posibilidad de juego y de ser felices. Estos ideales en el espacio social de malas condiciones de vida, aparecen relegados a cuestiones de seguridad y protección, mantener con vida y asegurar la felicidad en función de la supervivencia (Espacio Social I).

Se analizó anteriormente que el campo de la infancia está constituido por un entramado de procesos de conceptualizaciones, acciones consecuentes, atravesamientos institucionales diversos y transformaciones históricas. En un sistema complejo, la infancia se presenta como vulnerable para ser contralada y dominada a través de un mecanismo dialéctico de representaciones y prácticas, una voluntad de poder sobre los sujetos

infantiles que engendra el cuadro moderno de saberes sobre el niño (Foucault, 1985). Como se analizó en algunos enfoques clásicos, la recurrente afiliación representacional a un sujeto prototípico, oculta el análisis de las diferentes infancias en relación a la historia y a los *habitus* de clase. Esto se reproduce al no reconocer las fronteras económicas y políticas que comprenden grupos de pertenencia o de exclusión, situación que plantea desde las prácticas y representaciones que hay un tipo de infancia más “normal” que otra para ser vivida.

Las legislaciones actuales contradictoriamente reivindican las singularidades y a su vez alimentan políticas globalizadas, las estrategias sanitarias publicitan la diversidad e inclusión y paralelamente sostienen una metodología única para buscar salud. Desde los medios, también se ofrecen representaciones a ser consumidas y ejecutadas, los mercados se amparan en sus herramientas más sutiles y en una ingeniería social multidimensional que se amalgama con el ejercicio de docentes, padres y médicos. Desde las escuelas reclaman una formación docente que permita alojar a los distintos tipos de infancia, a niños actuales que poco condicen con aquellos imaginados por el sistema educativo formal (Rossi Beati & Sagastizabal, 2008). Las nuevas tecnologías han cambiado más rápido que los dispositivos escolares y los modos de cuidados. En este diferencial, aparecen conflictos que pueden ser representados de diferentes maneras. Una de estas es la patologización. Los rasgos esperables están estandarizados como así también los déficits posibles.

En las demandas actuales, los niños tienen que adaptarse rápidamente y demostrar capacidades de eficiencia y adaptación (categorías surgidas a partir de las entrevistas con docentes en el sector de muy buenas condiciones de vida). Desde los primeros meses, tendrían que responder al “desarrollo esperado”, esto está constituido por un conglomerado de conductas que expresan aquello que un catálogo de respuestas define. El papel de los adultos podría estar más relacionado con ser testigo y juez de la escena que co-protagonista. No son pocos los autores que plantean la presión que sufren los niños (Morici, 2011) y como los niños en la actualidad, en este marco de presiones, reproducen patologías que antes formaban parte del dominio de los adultos (stress, anorexia, insomnio, constipaciones). El tiempo “de espera” o de “placer”, que caracterizó a la infancia, cede a una concepción de un tiempo “de rutinas programadas” y cargas horarias. En esta cultura del éxito, la eficacia y la velocidad, tiñen al campo de la infancia

visceralmente, se imprimen sobre las prácticas, las representaciones y el cuerpo mismo de los sujetos.

El pacto institucional entre la familia y la escuela, que distribuía funciones y objetivos se ha transformado. Algunas complicidades como la de “la familia se encarga del corazón, la crianza y los cuidados básicos” y “la escuela se avoca a la instrucción, la mente, las herramientas para un futuro”; han cedido a una instancia de proyección de responsabilidades. Los niños en la actualidad están expuestos desde el vamos a estímulos de diferentes naturalezas y velocidades, imágenes, sonidos y hasta modos vertiginosos de manejar el cuerpo. Las escuelas, las familias y demás instituciones, reciben sujetos con otras maneras de aprender y pensar, en la hipertextualidad, las nuevas tecnologías, en diferentes maneras de prestar atención y de moverse. Hay problemáticas que tendrían que ser trabajadas (según las docentes) desde la familia: nutrición, aseo, cuidados básicos. Las familias, a su vez, esperan de la educación escolar una amplitud de respuestas posibles que van desde garantizar el futuro hasta el aprendizaje de competencias básicas.

En la cultura del consumismo, el niño es a su vez protagonista esperado y objetivo. En las publicidades ha aumentado exponencialmente no sólo la aparición de productos para la infancia, sino también, la participación de los niños en los medios como estrategia de ventas. La indiferenciación con los adultos en el sistema de consumo atraviesa las clases sociales, con la particularidad de que los niños reciben en gran parte, y de manera directa, los mensajes, discursos e imágenes que muchas veces atentan contra su integridad (Velázquez, 2011). No se puede dejar de considerar estos aportes sociológicos al momento de analizar las representaciones y las prácticas sobre salud y enfermedad infantil, ya que, en el análisis de los enunciados y en las acciones observadas, aparecen continuamente referencias a estas categorías macro y concepciones replicadas desde los medios de comunicación.

Científicamente hay una sensibilidad contemporánea para con la infancia. Numerosos artículos académicos sobre la vida de los niños buscan una comprensión de las condiciones socioculturales en las formas de escolarización, nuevas subjetividades, rol actual de las familias. Estos enfoques conviven paradójicamente con una vasta bibliografía de corte biologizante y neuropatológico. Por un lado, estudios que apuntan a describir situaciones particulares, en su pertenencia histórica y, por el otro, estudios que homogenizan en función de diagnósticos y técnicas de intervención. Esta última perspectiva constituye la base epistemológica predominante en los programas destinados

a los niños (Campos, 2012). Es imprescindible entonces, articular las propuestas de acción, con aquellos estudios que diferencien los distintos modos de habitar la infancia, sin perder de vista los aportes generales de otras metodologías.

Es sostenido, como parte del sentido común de los grupos estudiados, que los juegos cotidianos de los niños expresan nuevos modos de relación entre los sujetos y el mundo. Este espacio también presenta modificaciones, el avance de la cultura de la imagen que contrasta con una cultura de las palabras y otros símbolos, demanda otra utilización de la creatividad y del fantasear. Los juegos son diferentes en los sectores sociales, son desemejantes los juguetes, las tecnologías y los espacios concretos en donde la actividad se lleva a cabo (Temporetti, Augsburg, Bertolano, & Enría. 2008). El lenguaje mismo ha cambiado junto con demás formas de expresión, la virtualidad, presente en muchas alternativas lúdicas, generan nuevos modos de relación y de involucrase en estas actividades.

Como se expuso anteriormente, la modernidad y la era industrial, con las instituciones descritas, están caracterizadas por la apuesta a la racionalidad, la fe en el conocimiento científico, las jerarquías sociales en relación a la distribución de las ganancias y la tradición ilustrada. Las lógicas modernas, que tenían un lugar claro para la infancia, están siendo desafiadas por una nueva modernidad en la que los cambios en el mercado laboral, las relaciones familiares y las culturas de clase están creando nuevas situaciones de vida y, sobre todo, nuevos patrones de desarrollo. El cambio en las formas de actuar y las transformaciones en las formas de pensar el cómo las personas se tienen que relacionar en la sociedad, incide en todas las franjas etarias. Autores como Beck (1992) sugieren que esta desestructuración de las situaciones de los jóvenes está poniendo en un estado de ambivalencia y ambigüedad a todos los contextos del desarrollo, modificaciones de contexto que hacen a las modificaciones del ser.

El escritor afgano Khaled Hosseini dice que en su país, en este caso Afganistan, hay muchos niños, pero poca infancia (2013). Se puede trasladar esta idea a otras latitudes y contextos. En relación a las representaciones y prácticas analizadas, se conjetura que la infancia no es una instancia dotada naturalmente de derechos y garantías absolutas. De hecho, la diferenciación de esta etapa con el mundo adulto, el tiempo de espera y de cuidados continuos, son valores relativos a determinadas coyunturas. Es extensa la bibliografía, las investigaciones, las acciones y los enunciados, que plantean como una cultura insiste en condicionar, en esta instancia vital del desarrollo, significados y

símbolos acordes a un sistema de reproducción social basado en el consumo indiscriminado y procesos de mercantilización de los lazos sociales. Esta situación, no se expresa de igual manera en todos los integrantes del campo de la infancia, pero conforma una atmósfera simbólica dentro de la cual las representaciones sobre salud infantil se construyen y desarrollan.

### Referencias bibliográficas

- Albornoz, T. (1990). Por qué una Convención sobre los Derechos del Niño. *Boletín del IIN*. Julio 1990.
- Anónimo (1999). *El lazarillo de Tormes, de sus venturas y adversidades*. Madrid: Magisterio Casals.
- Ariès, Philippe. (1992). *El niño y la vida familiar en el Antiguo Régimen*. Barcelona: Taurus.
- Baró, M. (1989). *Texto inédito disponible en:*  
<http://www.catedralibremartinbaro.org/pdfs/Procesospsiquicosypoder.pdf> Consultado el día 19/7/2016.
- Beck, U. (1992) *Risk Society*, London: Sage.
- Beltrán, L. y Fox, E. (1980). *Comunicación dominada: Estados Unidos en los medios de América Latina*. México: Nueva Imagen.
- Benjamin, W. (1973). *Tesis sobre la historia*. Madrid: Taurus.
- Bleichmar, S. (2008). *Violencia social-violencia escolar: De la puesta de límites a la construcción de legalidades*. Buenos Aires: Noveduc- Colección Conjunciones.
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss: Vol. 1. Attachment*. New York: Basic Books.
- Bowlby, J. (1973). *Attachment and loss: Vol. 2. Separation anxiety and anger*. New York: Basic Books.
- Bravo-Villasante, C. (1971). *Antología de la literatura infantil universal*. Madrid: Doncel.
- Bustelo, E. (2005). Infancia en Indefensión. *Salud colectiva*, Lanús, v. 1, n. 3, dic. 2005.
- Bustelo E. (2007). *El recreo de la infancia. Argumentos para otro comienzo*. Buenos

- Aires: Siglo Veintiuno editores.
- Bourdieu, P. (1995). *Las reglas del arte: génesis y estructura del campo literario*. Barcelona: Editorial Anagrama.
- Bourdieu, P. (2007). *Campo del poder y reproducción social: elementos para un análisis de la dinámica de las clases*. Argentina: Ferreyra.
- Campos, R. F. (2012). Política pequeña para as crianças pequenas? *Revista Brasileira de Educacao*, 17 (49), 81-105.
- Carli, S. (2002). *Niñez, pedagogía y política. Transformaciones en los discursos acerca de la infancia en la educación argentina. 1880-1950*. Buenos Aires: Miño y Dávila.
- Carli, S. (2010). Notas para pensar la infancia en la Argentina (1983-2001): figuras de la historia reciente. *Educação em Revista*, 26(1), 351-381.
- Casas, F. (1998). *Infancia: perspectivas psicosociales*. Barcelona: Paidós.
- Casas, F. (1993). Medios de comunicación e imagen social de la infancia. *Intervención Psicosocial*. Vol. 2- 55-65.
- Casas, F. (2006). Infancia y representaciones sociales. En *Política y sociedad*, Vol. 43 Núm. 1: 27-42. Universidad de Girona.
- Cots, J. (1979). *La Declaracio Universal deis Dret de l'íntant*. Barcelona: Ed. 62.
- Corea, C. y Lewkowicz, I. (1999). *¿Se acabó la infancia? Ensayo sobre la destitución de la niñez*. Buenos Aires: Lumen. Humanitas.
- Corvalán, F. (2016). Actitudes docentes acerca de la Asignación Universal por Hijo: Estudio comparativo (2010-2013). *Ciencia, docencia y tecnología*, (52), 295-318.
- Crovi, D. (2000). *A partir de los ajustes neoliberales. La televisión mexicana*. Disponible en Línea:  
[http://gumilla.org/biblioteca/bases/biblio/texto/COM2000110\\_26-31.pdf](http://gumilla.org/biblioteca/bases/biblio/texto/COM2000110_26-31.pdf)
- De Mause, LL. (1991). *La evolución de la infancia. Historia de la infancia*. Madrid: Alianza Universidad.
- Dueñas, G. Comp. (2011). *La patologización de la infancia: ¿Niños o síndromes?* Buenos Aires: Editorial Noveduc.
- Duschatzky, S. & Corea, C. (2002). *Chicos en banda. Los caminos de la subjetividad en el declive de las instituciones*. Buenos Aires: Editorial Paidós.
- Esparza Olcina, M.J. (2010). La imagen del niño en la sociedad de la imagen. *Revista de Pediatría. Atención Primaria*. Madrid, v. 12, n. 46, jun.
- Foucault, M. (2006). *Seguridad, territorio, población*. Buenos Aires: Fondo de Cultura

Económica.

- Foucault, M. (1992). Nietzsche, la genealogía, la historia. En *Foucault, M. Microfísica del poder* (5-29). Madrid: Ediciones de la Piqueta.
- Foucault, M. (1985). *Saber y Verdad*. Madrid: Editorial La Piqueta.
- Galeano, E. (1998). *Patatas para arriba. La escuela del mundo del revés*. Montevideo: Ediciones del Chanchito.
- García Mendez, E. (2004). *Infancia. De los derechos y de la Justicia*. 2da edición. Editorial del Puerto SRL.
- Geertz, C. (1990). *La interpretación de las culturas*. Barcelona: Gedisa.
- González Rey, Fernando Luis (2000) *Investigación Cualitativa en Psicología. Rumbos y desafíos*. Thomson Editores, México.
- Guitelman, P. (2006). *La infancia en dictadura: Modernidad y conservadurismo en el mundo Billiken*. Buenos Aires: Prometeo Libros.
- Guy, D. J. (1994). Niños abandonados en Buenos Aires (1880-1914) y el desarrollo del concepto de la madre. En: Fletcher Lea (Comp) (1994), *Mujeres y cultura en la Argentina del siglo XIX*, Buenos Aires: Feminaria Editora.
- Hernández, J. (2000). *Martín Fierro*. Barcelona: Editorial Sol 90.
- Hosseini, K. (2003). *Cometas en el cielo*. Barcelona: Ediciones Salamandra.
- Márai, S. (2004) *Confesiones de un burgués*. Madrid: Salamandra.
- Morici, S. (2011). Modos actuales de vincularidad temprana. En: Dueñas, G. *La patologización de la infancia. ¿Niños o síndromes?* Buenos Aires: Noveduc Libros.
- Perón, E. (1948). Olvidar a los niños es renunciar al porvenir. *Revista "Democracia"*. Año III. 11 de agosto de 1948.
- Piaget, J. (1991). *Seis estudios de psicología*. Barcelona: Editorial Labor.
- Pilotti, F. (2001). *Globalización y Convención sobre los derechos del Niño: el contexto del texto*. División de desarrollo social. Chile. CEPAL. Naciones Unidas.
- Sartre, J.P. (1984). *El existencialismo es un humanismo*. Buenos Aires: Ediciones del 80.
- Temporetti, F., Augsburg, C., Bertolano, L. & Enría, G. (2008). *Salud Mental en la Infancia, Estudio Epidemiológico de la población 3-13 años en la ciudad de Rosario*. Facultad de Psicología, Universidad Nacional de Rosario.
- Temporetti, F. (2013) *De la escalera ascendente a la espiral recurrente. Apuntes para la discusión*. (Inédito) Rosario, 2012

- Rojas, M. C. (2011). La infancia hoy. En: Dueñas, G. Comp. (2011). *La patologización de la infancia: ¿Niños o síndromes?* Buenos Aires: Editorial Noveduc.
- Sarmiento, D. (2000). *Facundo. Civilización y barbarie*. Segunda Edición. Buenos Aires: Colihue.
- Rossi Beati, B. & Sagastizabal, M. (2008). *Del Enseñar y el Aprender. Observatorio sobre las representaciones sociales del alumno, la escuela y el docente*. UNESCO-CONICET. Rosario: UNR Editora.
- Tiffer Sotomayor, C. (1996). *Ley de Justicia Penal Juvenil. Comentada y concordada, con exposición del proyecto de ley e instrumentos internacionales*. San José: Juritexto y otros.
- Touraine, A. (1997) ¿Podremos vivir juntos? Iguales y diferentes. Buenos aires: FCE.
- UNESCO (1997). *Declaración de Hamburgo sobre la Educación de Adultos*. Quinta Conferencia de Educación de Adultos, 1997; en Revista Educación de Adultos y Desarrollo, op.cit.
- Urcola, M. (2010). *Hay un niño en la calle. Estrategias de vida y representaciones sociales de la población infnatilen situación de calle*. Argentina: Ediciones Ciccus.
- Velazquez, M. E. (2011). *Cuerpo e imagen: Acerca de la construcción de imaginarios sociales sobre cuerpo, derechos e infancia*. Anu. investig. [online]. 2011, vol.18 [citado 2014-10-09], pp. 447-454 . Disponible en:  
<[http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1851-16862011000100050&lng=es&nrm=iso](http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-16862011000100050&lng=es&nrm=iso)>. ISSN 1851-1686.
- Verhellen, E. (2002): *La Convención sobre los Derechos del Niño*. Antwerpen-Apeldoorn. Bélgica: Garant.
- Vizcarra, V.H. (2002). *Borracho estaba pero me acuerdo*. Editorial Correiveidile. La Paz. Bolivia.
- Volnovich, J. C. (1999). *El niño del siglo de Niño*. Buenos Aires: Lumen.
- Qvortrup, J. (1987): "Childhood as social phenomenon. Implications for future policies". Eurosocal Newsletter, 46, pp. 17-23.
- Wacquant, L. (2001). *Parias urbanos. Marginalidad en la ciudad a comienzos del milenio*. Buenos Aires: Manantial.
- Young, M. E. (1995). *Desarrollo Integral del Niño en la Primera Infancia. Desafíos y oportunidades*. Banco Mundial. Organización Panamericana de la Salud.
- Yujra Mamani, C. (2005). *Los grandes pensamientos de nuestros antepasados*. La Paz: C&C Editores.



Leyes, Convenciones y Declaraciones referenciadas:

Ley N° 10.903. Ley de Patronato de Menores. Ley “Agote”. Boletín Oficial de la República Argentina. Promulgada el 21/10/1919. Publicada en el B. O.: 27/10/19.

Ley N° 26.061 "de Protección Integral de Niñas, Niños y Adolescentes". 2005.

Ley N°22.278. Régimen Penal de la Minoridad. 1980.

Decreto-Ley N°22.803. Régimen Penal de la Minoridad. 1983.

Convención sobre los Derechos de los Niños. Organización de las Naciones Unidas. 1989.

Declaración de Ginebra sobre los Derechos del Niño. 1924.

Declaración de los Derechos del Niño en las Naciones Unidas. 1959.

Ley 23.849. Aprobación de la Convención sobre los Derechos del Niño adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas. Nueva York. 1990.

## Capítulo 5. La salud infantil en las representaciones

### I. ¿Qué es la salud? La historia y la cultura en la discusión

La reconocida y clásica definición de la Organización Mundial de la Salud (OMS) declarada en 1946: “la salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, no sólo la ausencia de enfermedad”, permite analizar varias dimensiones luego de más de 60 años de su planteamiento. Esta definición, como todas las otras que se encuentran a lo largo de la historia de las ideas y acciones, desde diferentes perspectivas, expresan no sólo una idea de salud sino también un modelo de entender al ser humano. Desde estas concepciones se asumen formas de entender o negar los procesos culturales particulares, las relaciones sociales y también suponen un modo actuar y/o intervenir. Más allá del tiempo recorrido, ideas inherentes en definiciones pasadas subsisten en la actualidad.

Las concepciones de salud y enfermedad se modificaron a lo largo de la historia y en la pluralidad de los grupos sociales han encontrado matices o grandes diferencias. El campo de la salud/enfermedad mental es paradigmático. Características de la personalidad que en otros tiempos formaban parte de un desarrollo normal son consideradas en otra época como patologías. Los manuales de referencia para la práctica de muchos profesionales, el DSM, ha aumentado considerablemente el número de patologías mentales, si bien algunas conductas que eran consideradas trastornos han desaparecido, por ejemplo la homosexualidad (Glassgold et al., 2009), el número efectivo de trastornos posibles ha aumentado exponencialmente en los últimos años. Estas transformaciones, aparte de ilustrar, una concepción acerca de lo que se entiende por ser humano, también exponen un momento histórico en donde los posicionamientos ideológicos, políticos y económicos se articulan con teorías y técnicas.

Retomando la definición anterior, ya en 1941 Sigerist definía a la salud partiendo de que no es simplemente la ausencia de enfermedad. La salud sería entonces algo positivo, una actitud optimista y una aceptación de las responsabilidades que la vida impone al individuo. Esta idea es la que tal vez inspiró a Sampar para la propuesta a la OMS en 1946 y que aparece en su Carta Constitutiva de 1948 (Gil, 2008).

Tanto la salud como la enfermedad representan conceptos semióticos, metáforas sociales que participan de un entramado simbólico junto con otros significados de la cultura. Históricamente el sentido del significado del concepto de salud se lo vinculó

directamente con el de enfermedad (Guerrero & León, 2008). Esta idea si bien ha tenido transformaciones, en la actualidad se pueden encontrar reminiscencias de aquellas épocas. En el presente, hay discursos que sostienen que la salud se relaciona con la calidad de vida y con el estado de bienestar del individuo más que con la ausencia de enfermedad. Recorriendo momentos de la humanidad, se pueden encontrar diferentes posturas hasta en un mismo período. Estas posturas participan de discusiones y alteran significaciones en un complejo debate. En un contexto sociopolítico habitan contrastes y contradicciones. Se pueden considerar algunas instancias paradigmáticas.

Durante el siglo XVII, momento de desarrollo de la ciencia moderna, la naturaleza adquiriría la posibilidad de ser transformada, predicha y controlada. Si bien no es el momento para describir toda la serie de elementos que conformaron la modernidad, se puede mencionar que el Renacimiento, el Protestantismo, la imprenta y las influencias del mundo árabe, contribuyeron a un nuevo modo de leer “el libro de la naturaleza” (Olson, 1994). Dentro de esta nueva conciencia, aparece una nueva forma de entender el significado de la salud. La consideración y recuperación del espíritu científico de Hipócrates (siglo V A.C.) y Avicena (siglo X), quien pensaba a la salud en función de los hábitos de alimentación, la recreación, el trabajo, el descanso y los factores climáticos, posibilitaron una ruptura con la tradición galénica en la cual la salud representaba armonía, estabilidad y equilibrio de los elementos básicos. Las influencias de este modo absoluto e ideal de concebir a la salud se pueden encontrar, con sus diferencias, en la escolástica e inclusive anteriormente en Platón. Este, a diferencia de la postura empírica hipocrática, buscaba en el alma el principio metafísico de los procesos patológicos o de las curaciones.

La concepción mística, que delega a la voluntad de los dioses o de un único dios el sentido y significado del estar sano, caracterizó hasta el ocaso de la Edad Media. Hasta el principio del siglo XVI, las fórmulas empleadas para tratar las enfermedades provenían de las plantas o de los animales que dialogaban con exorcismos y curaciones divinas. Con la llegada de Paracelso, el conocimiento de la alquimia abriría nuevas posibilidades de curación sentando las bases de la química y la medicina moderna (Glez, 2018). Pero la búsqueda de absolutos, la limitada capacidad de algunos espacios sociales para tomar conciencia de los condicionamientos sanitarios, las concepciones de salud que se articulan con estados metafísicos a-históricos, no van a quedar en el pasado. No es casual por lo tanto, que en esta cronología sobre las concepciones de salud, se tenga que ir y volver sobre filósofos, científicos e ideas. La concepción “evolucionista” del concepto de salud,

que sostienen algunos autores (Guerrero & León, 2008), es sumamente discutible. Hay concepciones clásicas, metafísicas y absolutas que se sostienen en prácticas y enunciados actuales.

A fines del siglo XVIII y a principios del siglo XIX en Occidente, el agente responsable de los procesos de salud se manifiesta en el individuo y sus responsabilidades. Este, al ser considerado en su distinción única, teniendo como límite su propia persona, debe responder por lo que le sucede, por como actuó en su propia vida. Antes de que la salud en el siglo XX se convierta en una mercancía, la misma fue considerada un bien personal, una expresión de una situación privada e individual. La persona es sana porque posee las capacidades propias para serlo, por otro lado, si la persona se enferma, se debe a alguna falla o exceso que ha cometido. Por otro lado, en tensión con este enfoque individualista, están las ideas románticas de Rudolf Virchow (1821-1902) anatomopatólogo alemán, él afirmaba que el Estado debe ayudar a todos a vivir en salud y que la salud escapa a una racionalidad personal. Aquí la concepción del Estado, como unidad moral de todas las personas, que organiza y desarrolla lazos de solidaridad universal (Alleyne, 2001).

Con las transformaciones políticas y económicas, los sucesos y revoluciones que trascurrieron en el siglo XX y a principios del siglo XXI, las concepciones de salud variaron a un ritmo enardecido. Guerras mundiales, la consolidación del capitalismo, el poder inmensurable de grupos económicos, la pérdida de poder de los Estados, el rol de los medios de comunicación en la conciencia social, el avance de la tecnología en todas las áreas humanas... El desarrollo de una amplia industria de salud se asocia a intereses empresariales promoviendo la difusión de productos y discursos que transforman las lógicas de las prácticas y las propias auto-concepciones de enfermedad. Los mercados farmacéuticos se ubican como los más redituables económicamente y adquirir garantías de salud implica inversiones y capital económico. Lo patológico, ya publicitado como un enemigo posible, se entiende no solamente como lo que ocurre sino también como lo que puede llegar a ocurrir. Los médicos no sólo diagnostican enfermedades sino también riesgos, se extienden los efectos secundarios adversos del diagnóstico y los tratamientos de enfermedades que nunca ocurrirían (Castiel & Diaz, 2010).

Volviendo a la idea de homologar salud con un completo bienestar, como en la definición de la OMS (1946), se encuentra una ideología que equipara bienestar con salud. Esta presunción delimita a la salud a una instancia subjetiva de bienestar, un relativismo que suspende condiciones materiales o históricas concretas. Esta concepción denota un

idealismo considerable al ponderar la idea de una completud subjetiva de bienestar. Si la salud se reduce a un estado general y no a una condición humana de transformaciones, el sentido histórico y la dinámica vital humana constituirían necesariamente un esquema patológico.

En las posturas que inscriben cambios, la salud es un proceso que supone diferentes instancias y condiciones. Considerando el carácter objetivo y subjetivo, la salud sostiene capacidad de funcionamiento y autonomía. El nivel de salud está relacionado con la posibilidad de vivir con el mínimo posible de limitaciones y de dependencia a los demás. También debe considerarse una dimensión subjetiva en relación al bien-estar (Guerrero & León, 2008). En otros planteos de la OMS (1997) para la promoción de la salud en el siglo XXI, se amplían los requisitos para la salud. Un cambio de eje es que se considera la salud de las poblaciones más allá de la salud individual. Estas poblaciones, para garantizar su salud, deberán contar con condiciones de vida tales como: paz, vivienda, educación, seguridad social, relaciones sociales, alimentación, ingreso económico, empoderamiento de la mujer, un ecosistema estable, uso de recursos sostenibles, justicia social, respeto por los derechos humanos y equidad.

La infancia no ha quedado ajena a estas transformaciones de modelos y concepciones. Como categoría histórica, política y económica, también ha sido objeto de clasificaciones médicas hasta el punto en el que varias de las características fenotípicas de esta instancia del desarrollo han sido consideradas posteriormente como indicadores de enfermedades (Janin, 2013). Las características que eran esperables para un niño, luego del cambio de paradigmas médicos, comienzan a patologizarse. Esta etapa del desarrollo es reconocida en sus condiciones en relación a modelos sociales.

Como se verá más adelante, en los enunciados, no sólo de los profesionales de la salud, sino también en el de los docentes y algunos grupos de padres, las siglas TDA, TDAH, TGD, TEA, TOC... aparecen referenciando distintas problemáticas en el campo de la infancia. Estas siglas, que provienen particularmente del ámbito psiquiátrico, conllevan un posicionamiento bio-médico específico y se expanden por todos los ámbitos en donde circulan los niños. ¿De qué manera en las representaciones de salud infantil aparece el acento en lo biológico hereditario, en la perspectiva individual o en las responsabilidades de ciertos actores? ¿Qué lugar tienen los contextos sociales a la hora de pensar en las patologías? El modo de enunciar los problemas varía acorde a los diferentes grupos y los espacios sociales.

A modo de conclusión de este apartado y para introducir de lleno en la cuestión de las representaciones sociales de salud infantil, se puede entender que la salud remite a una cuestión de enunciados y prácticas. En todo enunciado participan, la historia, ejercicios de poder, confrontaciones sociales y posicionamientos culturales. El entramado de redes discursivas y acciones sobre la salud y la enfermedad infantil configuran posibilidades metodológicas de intervenciones.

En las concepciones de salud subyace una idea de lo que es el ser humano y lo que debería ser. Si el ser humano es una realidad biológica, una compleja máquina de adaptación, la salud y sus cuidados van a centrarse en las estrategias de mantenimiento de esa máquina. Si el ser humano, además de ser una complejidad celular, consta de una dimensión psíquica o espiritual, conformada por símbolos y valores, la salud se organiza en función del reconocimiento de estas “entidades”. En la infancia, esta discusión adquiere particularidades.

No siempre la infancia tuvo garantizada un reconocimiento social, estos “casi hombres” han tenido la misma suerte que los “desalmados aborígenes americanos” o los “casi humanos esclavos africanos”. Categorías actuales sociológicas y políticas hablan tanto del ocaso del siglo de la infancia (Volnovich, 1999) como del niño sacer (Bustelo, 2007), niños que pueden perecer sin que haya responsables. Otros niños al ser considerados “privilegiados” escapan de las políticas sanitarias y cuidados estatales y son acogidos por dispositivos privados. Hay niños que no pueden acceder a la comida y a garantías sociales y hay otros que por acceder fácilmente al confort y al consumo son despojados de los tiempos de moratoria (jóvenes empresarios). Estas ideas se fundamentan en las entrevistas realizadas y seguidamente se trabajarán con los enunciados respectivos.

## II. ¿Qué es un niño sano?

La infancia puede ser entendida como una construcción cultural y de igual manera lo sería su salud. Pero en algunos enfoques de la formación médica especializada en esta población, la medicina aparece como la técnica que domina la naturaleza humana, con criterios neutrales y ajenos a miradas subjetivas. Esta naturaleza es física y química y la infancia es considerada como una instancia natural del desarrollo evolutivo. “La pediatría estudia al niño y sus enfermedades, la salud forma parte de un equilibrio

biológico, también social y psicológico<sup>1</sup>”. La medicina de corte evolutivo y biologicista, no hace hincapié en variables sociales e históricas, estas aparecerían de modo secundario y externo a la naturaleza de la problemática. De tal modo, cuando aparece la cultura, su función se adecúa a ajustar lo establecido desde las generalidades del organismo. Las técnicas que se aplican desde esta metodología apuntan a una salud equilibrada y normalista. La salud, para este paradigma, sería el “no estar enfermo”.

El “niño sano” o el “niño con salud”, en el pensamiento social que se inscribe en los actores, va a concentrar exigencias convencionales del tiempo y cultura específicas de los espacios sociales. Los *habitus* de clase (Bourdieu, 1984) actúan como disposiciones a percibir, sentir y actuar, estructuras estructurantes que condicionan los modos en como las representaciones sociales organizan los conocimientos cotidianos y las prácticas. Dentro de este marco simbólico se encuentran las concepciones de salud en general y las de la salud infantil en particular, sobre todo en aquellos grupos que en lo cotidiano conviven con niñas y niños. Se puede decir que en cada uno de estos *habitus* de clase se dispone de diferentes recursos materiales, simbólicos, culturales y sociales que ejercen su influencia en lo que los actores pueden decir y pueden hacer. Se piensa de manera diferente al niño y su condición de salud, se actúa de manera diferente.

Tales pensamientos y conocimientos se dan “naturalmente”. Son cotidianamente asumidos y se expresan hasta en el modo en como los actores consolidan las instituciones. Las escuelas, los edificios en donde los profesionales de la salud trabajan, los espacios familiares en donde los niños juegan... materializan arquitectónicamente lo que se espera de la infancia saludable. No presentan las mismas disposiciones espaciales y de diseño una sala de espera en un sanatorio privado infantil, con variedad de juegos, servicios continuos de limpieza, cuadros con motivos para niños, que la sala de espera de un centro de salud en donde se observan perros, alta densidad de personas de diferentes edades en la espera de atención en lugares con pisos con barro y suciedad<sup>2</sup>. Las características del ambiente físico en el consultorio donde los niños son atendidos también presentan diferencias como así también la de los hogares y espacios de escolarización. Si bien más adelante expondremos estas observaciones, en este apartado interesa destacar como a la

<sup>1</sup> Entrevista 2 a Pediatra Espacio Social 1.

<sup>2</sup> Estos comentarios son productos de las observaciones realizadas en institutos privados de atención pediátrica en la ciudad de Rosario y en los Centros de Salud periféricos. Estos lugares fueron visitados sistemáticamente para realizar las entrevistas y otros trabajos de investigación-acción-participante (Corvalán, 2013)

hora de describir lo que es un niño sano debemos intentar comprender primeramente la complejidad social en la que estas construcciones culturales se materializan.

Pensar en lo que es un niño sano remite directamente a la pregunta: ¿niño sano para quién? En esta complejidad social existen diferentes indicadores que permiten entender los significados presentes para representarse a la salud infantil: los enunciados expresan tanto una construcción discursiva propia como de una comunidad lingüística (Bajtin, 2011), las acciones traducen de manera no lineal un modo de actuar ante las condiciones posibles, con lógicas complejas diferentes a las discursivas (Chartier, 1996) y los lugares físicos ilustran una materialización de estas realidades.

De tal manera, el desafío metodológico para la comprensión de las representaciones sociales de los grupos, consiste en exponer las distintas condiciones en las que se materializan los sentidos, en el plano de los enunciados, de las prácticas y del ambiente físico que acompaña. No se debería excluir, para un estudio aún más integral, el análisis de la observación directa a los niños, que si bien no forma parte de este proyecto, es tenido en cuenta a través del trabajo con otros antecedentes y aportes teóricos. En lo reconocido y en lo no reconocido se conforma el campo de símbolos, valores y materialidades que dan lugar a las representaciones de salud infantil.

### III. Representaciones de salud infantil de los actores

Como se anticipó en el apartado de reflexión metodológica los enunciados de los maestros, de los encargados de crianza y de los pediatras (profesionales de salud) fueron analizados para dar cuenta de representaciones sociales acerca de la salud infantil. Una dimensión clave, que constituyó una de las hipótesis fundamentales de este trabajo, es que el espacio social influye de manera directa en como estas representaciones se presentan y se configuran. El espacio social, que se determinó por las condiciones de vida y por variables económicas entorno a las necesidades básicas insatisfechas (NBI) también da cuenta de un habitus de clase, organizadores sociales de acciones y éticas (ethos). Se organizó entonces, como se explicitó anteriormente, el diseño metodológico entorno a un Espacio Social I, de “Malas condiciones de vida” y un Espacio Social II de “Muy buenas condiciones de vida”.

Empezando por los encargados de crianza del Espacio Social con “Malas condiciones de vida”, a partir de las 8 entrevistas en profundidad realizadas, el análisis de



cuestionarios realizados en estudios epidemiológicos vinculados sobre Salud Mental en la Infancia (Temporetti, F., Augsburger, C., Bertolano, L. & Enrí, G., 2008), sumados a las observaciones de campo y de las prácticas, se pudieron determinar categorías que se sostuvieron en todos los casos trabajados. Estas categorías se contrastarán con el Espacio social II para captar diferencias significativas.

En términos generales, en el Espacio social I, el niño es sano “cuando pesa y mide bien”. Surge la cuestión del peso y la alimentación como dimensiones automáticas a la hora de definir la salud. Muchos de los entrevistados enuncian que perciben que un niño es sano por los controles: “te das cuenta que es sano por los controles<sup>3</sup>”. Ante la pregunta de “en qué consisten los controles” la respuesta general es: “lo pesan, lo miden<sup>4</sup>” hasta aparece la cuestión respiratoria... “y también le miran los pulmones<sup>5</sup>”. Toda cuestión de salud es remitida al Centro de Salud, a los encargados de la crianza les resulta dificultoso definir las categorías que utilizan para describir lo que es la salud infantil. Cuando aparecen otras problemáticas, como adicciones o violencia, ya en el terreno específico de “enfermedades especiales”, estas son consideradas ajenas al campo de la salud<sup>6</sup>.

Los encargados de la crianza en el Espacio Social I han sido todas madres, por eso a continuación se hará referencia a la categoría de “madre”. Esto es un elemento a interpretar que coincide con otros estudios y permite sostener que es la mujer la que en este espacio social asume la responsabilidad de la crianza (Temporetti et al., 2008). Las madres entrevistadas en este espacio social con alto nivel de NBI atribuyen toda la responsabilidad de la salud de sus hijos a los cuidados maternos si bien “el que sabe del tema es el doctor<sup>7</sup>”, es la madre la encargada de que “el chico este bien”. Esta cuestión de responsabilización, centrada en la madre o en las funciones maternas, no aparece de manera tan pronunciada en el otro espacio social de “Muy buenas condiciones de vida”, en donde “el padre es responsable en un 50 y 50<sup>8</sup>”.

En el Espacio Social II, los encargados de la crianza, no sólo destacan responsabilidades compartidas a la hora de la salud entre el padre y la madre, sino que ponen más en referencia a las dimensiones psicológicas y emocionales a la hora de pensar en un modelo de niño sano; haciendo alusión por ejemplo a “las cantidades de

<sup>3</sup> Entrevista 1 a Madre Espacio Social I.

<sup>4</sup> Entrevistas 1, 3, 4, 6 a Madres Espacio Social I.

<sup>5</sup> Entrevista 3 a Madre Espacio Social I.

<sup>6</sup> Esto se trabajará con especificidad en el próximo capítulo.

<sup>7</sup> Entrevista 4 a Madre Espacio I.

<sup>8</sup> Entrevista 1 a Madre Espacio Social II.

enfermedades mentales que ahora tienen los chicos<sup>9</sup>". Emergen también, en los discursos de este espacio social, en relación a esta multidimensionalidad, una mayor alusión a varios profesionales de la salud diferentes (pediatras, neurólogos, psicólogos, psicopedagogos) referencia que no aparece en el Espacio I en donde se referencia al pediatra y en menor número a los psicólogos.

Pero no todo es peso y medida en el Espacio Social I, irrumpe la mención a cuestiones de adicción y violencia en los niños en relación a una llamada "enfermedad psicológica<sup>10</sup>". Se puede analizar que la idea de salud está vinculada directamente a la ausencia de enfermedad y que para definir a aquella se remite automáticamente a esta. Cuando se indaga para profundizar en esta categoría, las respuestas son inespecíficas, enunciando los mismos entrevistados, la dificultad de definir a que se refieren con "enfermedad mental o psicológica" que incluye tanto a las adicciones como al tartamudeo. Si bien sobre esta idea de concebir la enfermedad se trabajará en el próximo capítulo, cabe mencionar, que estas ideas remiten a un tipo especial de enfermedades en donde las causas se encuentran en "la junta", "el barrio" hasta en malos ejemplos familiares. Se nombran las conductas delictivas ya sea el tráfico de drogas o el robo.

Ahora bien, este apartado especial de enfermedades psicológicas es mencionado como un campo aparte en la salud, su tratamiento no tiene relación con el campo médico e involucra en el mejor de los casos la intervención de la madre. Como acciones tomadas aparecen el intento de sacar "al chico de la calle<sup>11</sup>", el "mudarse de barrio", "dar buenos ejemplos<sup>12</sup>".

Todas estas problemáticas infantiles referidas a la delincuencia, las adicciones y la violencia no aparecen mencionadas en el Espacio Social II y es de destacar que la mención en el Espacio Social I de estas "enfermedades psicológicas" aparece disociada de la salud en términos generales, aquella por la cual trabajan los doctores y que forman parte de un estado de bienestar orgánico.

Como se mencionó anteriormente, en los encargados de crianza del Espacio Social II, las diferencias con respecto al Espacio Social I se expresan desde el vamos en quién se atribuye la responsabilidad con respecto a las cuestiones de salud del niño. Ambos, madre y padre, se reconocen como partícipes del desarrollo y ambos son los que deben

<sup>9</sup> Entrevista 2 Madre Espacio Social II.

<sup>10</sup> Entrevista 4,6 y 8 a Madre Espacio Social I.

<sup>11</sup> Entrevista 2 a Madre Espacio Social I.

<sup>12</sup> Entrevista 7 a Madre Espacio Social I.

responder y actuar frente a las problemáticas<sup>13</sup>. En el núcleo duro de la representación sobre la salud infantil se encuentra la categoría de la multidimensionalidad. El niño es sano cuando lo está “física, emocional y espiritualmente<sup>14</sup>” o cuando “no solamente tiene buen peso, sino cuando puede jugar y ser feliz<sup>15</sup>”. En todos los casos se apela a una sumatoria de variables, entre las que se encuentran: una dimensión biológica, una dimensión psicológica y una dimensión emocional<sup>16</sup>.

Se encuentran múltiples menciones a diferentes especialistas en el Espacio Social II. Los pediatras, los psicólogos, neurólogos, psiquiatras, conforman un abanico disciplinar con injerencia en la salud del niño. Los encargados de crianza manejan en su cotidianeidad recursos conceptuales, nombres de patologías, de medicamentos, tratamientos varios y argumentos para describir cuales son las problemáticas más frecuentes. Por lo general, estos encargados de crianza, no solamente tienen más promedio de edad sino que también presentan un recorrido más prolongado por las instituciones de formación. Siguiendo el contraste con nuestro estudio epidemiológico marco (Temporetti et al. 2008), la mayor concentración de madres menores de 17 años se encuentra en el Espacio Social I (15% de las madres), sólo el 5.5% de las madres del Espacio Social II tienen menos de 25 años. Por otro lado, el 31% de las madres del Espacio Social I no terminó la primaria, mientras que el 59.5 % de las madres del Espacio Social II tiene estudios superiores realizados. En las entrevistas realizadas para esta tesis, si bien no es representativa estadísticamente, estos datos se reproducen del siguiente modo: de las 8 madres entrevistadas en el Espacio Social I ninguna tenía los estudios secundarios terminados, mientras que todas las madres del Espacio Social II tenían estudios superiores realizados.

El continuo acceso, por parte de los encargados de crianza del Espacio Social II, a informaciones múltiples y a distintos profesionales para entender la salud de sus hijos repercute de un modo particular. Es para destacar el hecho de la utilización habitual de diagnósticos en el sentido común a través de los enunciados analizados. Estos actores mencionan frecuentemente el nombre de diferentes patologías, haciendo alusión a “patologías de moda” que tienen los chicos (ADD, ADHD, TGD, TEA...). Este

<sup>13</sup> En todas las entrevistas de Encargados de crianza Espacio Social II aparece de manera directa o indirecta esta referencia al padre.

<sup>14</sup> Entrevista 2 Madre Espacio Social II.

<sup>15</sup> Entrevista 4 Madre Espacio Social II.

<sup>16</sup> Si bien no forma parte de este estudio, en un trabajo con comunidades aborígenes Yuracarés en Bolivia, la dimensión espiritual aparece tan importante como las otras (Corvalán, Chazarreta y Ferrero, 2018).

conocimiento se ve reforzado no solamente por el recorrido profesional de algunos padres, sino también por el hecho de que estos mismos encargados de la crianza averiguan e investigan acerca de lo que puede sucederle al niño. Estas investigaciones cotidianas los llevan a entender variadas maneras de impartir cuidados e inclusive a disentir con lo que los médicos les plantean.

La escuela es un lugar de privilegio para que los encargados de la crianza conozcan acerca de la salud de sus hijos. Muchas de las demandas de atención provienen de esta institución que, en comunicación directa con los padres, intentan trabajar con los problemas que aparecen cotidianamente. Esta relación entre los encargados de crianza y docentes se profundizará seguidamente cuando se describan las representaciones de los docentes. Estas relaciones no son estables y en cada espacio social se presentan diferencias, pero el vínculo entre la escuela y la familia es de suma importancia en todos los ámbitos estudiados.

Más allá del reconocimiento social general de la escuela, como un lugar de importancia dentro de la sociedad, diferentes son las estrategias de configuración de esa importancia y diferentes son las concepciones que tienen las personas sobre los actores que participan del acto educativo formal (Linaza, 2003). Los modos en como se comunican entre las instituciones que forman parte del campo de la infancia exponen el reconocimiento que tienen sobre las posiciones de ese campo, las valoraciones, los recursos materiales y los recursos simbólicos para asumirse a sí mismos y también al resto. Como se verá más adelante, hay docentes que consideran que los encargados de crianza se desentienden de las actividades educativas y no aportan a la salud de los niños, están aquellos docentes que conciben innecesario el generar comunicaciones y otros que articulan el trabajo en salud tanto con los profesionales de salud como con los padres.

Comenzando el análisis de las representaciones sobre salud infantil en el Espacio Social I, se pudo analizar como en las representaciones sociales de salud infantil de las docentes, las temáticas de: desnutrición, drogas, delincuencia y falta de apoyo familiar tienen gran protagonismo<sup>17</sup>. Estas dimensiones, según las docentes entrevistadas, condicionan directamente la situación de los niños<sup>18</sup>. Las problemáticas de salud aparecen

---

<sup>17</sup> Del mismo modo en como se reconoció que son las madres las representativas de la crianza en el Espacio Social I, en los dos espacios han sido docentes las que participaron significativamente de este estudio. Es un tema para investigar a posteriori la representatividad de género en la escolarización argentina en todos los niveles.

<sup>18</sup> Todas las entrevistas a docentes de este Espacio I hicieron referencia a estas problemáticas.

en relación a una función educativa que pareciera reducida a la contención social en un plano de supervivencia<sup>19</sup>. El pensar en un niño “condenado” por la marginalidad, que concurre a la escuela con irremediables carencias familiares, conduce la labor docente con respecto a la salud infantil a un plano contradictorio. Si bien por un lado las acciones de las docentes van hacia una adecuación indiscriminada a cánones pedagógicos “normalistas” (“En la escuela se viene a aprender<sup>20</sup>”, “Yo los trato a todos por igual<sup>21</sup>”), por el otro, se sostiene un abandono de responsabilidades escolares en función de aquellas carencias sociales (“Terminamos cumpliendo el rol de las madres”, “los chicos acá sólo vienen a comer<sup>22</sup>”).

En la representación social de salud infantil de las docentes del Espacio I aparece la descripción de un niño en situación de vulnerabilidad, que se desarrolla en condiciones de vida particulares que demandan una labor docente específica. Las patologías “clásicas” de los niños como resfríos, diarreas, cuadros febriles, se vinculan a un contexto social precario, falta de contención familiar y ambientes sociales que favorecen tareas delictivas. El “niño sano” es una posibilidad remota que expresaría un cuerpo bien alimentado con la capacidad de jugar y aprender, por fuera de aquellas condiciones en las que se encuentran estos niños, situación muy poco probable ante los problemas descriptos y reconocidos por los docentes.

Las prácticas de las docentes con respecto a la salud son entendidas, por parte de los actores, como limitadas y carentes de recursos. Ante la enorme cantidad de conflictos y limitaciones de tiempo, las docentes enuncian faltas de respuestas integrales (“-Poco podemos hacer con todo lo que se nos presenta”-<sup>23</sup> ). En casos particulares se cuentan experiencias de denuncias ante situaciones de abandono o ausencias prolongadas, pero por lo general las docentes asumen no solamente recursos materiales limitados sino también una formación que no habilita a prácticas con cierta complejidad social. Esta asunción de las limitaciones fue investigada en numerosos antecedentes (Rossi Beati & Sagastizabal, 2008).

Las representaciones sociales de las docentes del Espacio II se vinculan a una función escolar menos ligada a la contención del niño y a la subsistencia en ponderación

<sup>19</sup> “-Es muy difícil educar a un chico en situación de abandono-” Entrevista 3 Docente Espacio I.

<sup>20</sup> Entrevista 2 Docente Espacio I

<sup>21</sup> Entrevista 1 Docente Espacio I

<sup>22</sup> Entrevista 3 Docente Espacio I.

<sup>23</sup> Entrevista 4 Docente Espacio I.

de favorecer un proceso de intelectualización en términos de lo esperable. Las docentes manejan una escala evolutiva de la normalidad centrada en el plano racional e intelectual. Lo saludable es que los niños se adapten a esos niveles evolutivos. Lo emocional aparece como un plano ineludible y de importancia, que se expresa en las actividades lúdicas y recreativas, el respeto a los compañeros y la incorporación de límites, pero la escala de normalidad y anormalidad se focaliza en la línea intelectual y en la capacidad de resolución de tareas y respuesta a consignas.

Las ideas de salud no aparecen referenciadas en las docentes a ningún enfoque teórico-metodológico específico. Aparece en las docentes una mención a Piaget en el momento de plantear lo esperable, pero esta conexión no está fundamentada. Las teorías científicas o los modelos teóricos pertinentes no se expresan, las definiciones, conceptos y técnicas utilizadas, no presentan una articulación con un sistema conceptual ni con algún enfoque científico determinado. El niño es sano “cuando se ajusta a lo esperable<sup>24</sup>”, también, en un segundo orden, cuando tiene capacidad de jugar y de ser feliz<sup>25</sup>.

La participación en los procesos de salud de los niños de las docentes del Espacio II se ve relegada a la decisión de los padres y a las posteriores intervenciones médicas, psiquiátricas o neurológicas cuando se tratan de problemas de conducta. Del centro educativo pueden partir sugerencias, pero la ejecución de las acciones específicas es asumida por los otros actores. Enuncian las docentes de este espacio social que “muchos padres no quieren ver la realidad de sus niños<sup>26</sup>” y también “los niños pasan mucho tiempo solos<sup>27</sup>” y que hay mucha información de la salud de sus estudiantes que desconocen. Más allá de estas denuncias es poco el trabajo que los docentes describen que pueden hacer ya que “los padres son los que mandan<sup>28</sup>” y también porque las instituciones a veces prefieren no inmiscuirse en ciertas problemáticas. Las escuelas de este espacio social, a diferencia de la mayor parte de las escuelas del Espacio I, cuentan con recursos profesionales que asisten de diferentes maneras a las consultas de los docentes. Algunas veces estos profesionales (Psicólogos, Psicopedagogos o Fonoaudiólogos) actúan como nexo directo para derivaciones médicas o en otros casos organizan actividades con los padres y/o docentes.

<sup>24</sup> Entrevista 2, 3, 5 y 8 Docentes Espacio II.

<sup>25</sup> Entrevista 1, 4 y 5 Docentes Espacio II.

<sup>26</sup> Entrevista 3 Docente Espacio II.

<sup>27</sup> Entrevista 2 Docente Espacio II.

<sup>28</sup> Entrevistas 2, 4, y 8 Docentes Espacio II.

En los mismos enunciados de las docentes aparece mencionada la categoría de “docente rotulador”. Esto hace referencia, en las mismas entrevistas docentes, no sólo a colegas que tienen “muchísima facilidad” para elaborar diagnósticos sino también a una especie de “moda” de encontrar alguna patología en los niños. Estos indicadores de esta investigación se suman a aquellos de los estudios que describen la influencia de los medios de comunicación en las actitudes y concepciones docentes (Corvalán, 2016).

Para comprender las representaciones de los profesionales de salud el mapa de análisis presenta un desafío. La mayoría de los entrevistados por lo general trabajan en los dos espacios sociales o se han formado en instituciones pertenecientes a ambos. Enuncian primeramente que para ellos todos los niños son iguales sin importar el espacio social, la salud sería un mismo valor general y todos los niños tienen los mismos derechos. Pero profundizando un poco más en la generalidad manifestada, se encuentran referencias a las diferencias percibidas en los contextos y también en las mismas condiciones de la atención. Las instituciones cuentan con diferentes recursos, esto es reconocido en los enunciados, lo que no es expresado pero sí observado en las prácticas es que el vínculo con las familias presenta características disímiles<sup>29</sup>. Si bien se mencionan que determinadas problemáticas de salud se comparten (por ejemplo: catarros, neumonías en invierno y diarreas en verano), los tratamientos deben considerar las diferencias sociales y los medios disponibles por cada familia. Las formas de comunicar los problemas, el tiempo invertido en los pacientes y las condiciones de trabajo también son diferentes.

Las representaciones sociales de los profesionales de salud del Espacio I y del Espacio II presentan un conocimiento ligado a la multidimensionalidad. Los mismos consideran que la salud es una integración equilibrada de factores “biológicos, psicológicos y emocionales”<sup>30</sup>, un estado de ausencia de enfermedad<sup>31</sup> que compromete a esas variables mencionadas. Los profesionales del Espacio II si bien también sostienen este paradigma, hacen más hincapié en la “importancia de que no sólo el niño esté bien físicamente<sup>32</sup>”, sino también en “la importancia de que sea feliz<sup>33</sup>”, en el “rendimiento escolar” y en el hecho de que “es importante que juegue y socialice<sup>34</sup>”.

<sup>29</sup> Esto se analizará específicamente en el Capítulo 8.

<sup>30</sup> Entrevista 1, 2 y 4 Profesionales de Salud Espacio I.

<sup>31</sup> Entrevista 2, 3 y 7 Profesionales de Salud Espacio I.

<sup>32</sup> Entrevista 1,2, 5 y 6, Profesionales de Salud Espacio II.

<sup>33</sup> Entrevista 5 y 7, Profesionales de Salud Espacio II.

<sup>34</sup> Entrevista 1, 4 y 8, Profesionales de Salud Espacio II.

Es interesante la relación que se establece entre este conocimiento expresado a través de estos enunciados y las prácticas concretas realizadas y también comentadas por los propios actores. A partir de las observaciones realizadas y el análisis de las respuestas con respecto a las mismas, se llega a la conclusión de que las prácticas profesionales se sostienen en un modelo bio-médico, fragmentario y elementalista, fundamentalmente en el Espacio I. “El pesar y el medir” constituye la estrategia primaria de atención y es la manera de “ver<sup>35</sup>” como está el niño. Se ha observado como el pesar y el medir se realiza frecuentemente sin realizar un diálogo con el niño o con una comunicación mínima con sus padres<sup>36</sup>.

Esta diferencia entre el conocimiento explicitado y la práctica correspondiente, en donde se pasa de un modelo multidimensional e integrador de variables a uno estrictamente biológico, es reconocida por los mismos profesionales. En la argumentación se plantea que sólo se encuentran formados los médicos para las cuestiones físicas y que para el trabajo con los otros factores no hay recursos ni formación. Esto se compara con los enunciados docentes en lo que hace a la formación y trabajo en problemáticas sociales.

Ante la alta demanda de atención en el Espacio I, se les ve imposibilitado el trabajo con otras estrategias que impliquen más tiempo de trabajo. Incluso no se menciona cual sería la metodología a llevar a cabo por fuera del consultorio. Lo que se reconoce, en ambos espacios sociales, es la actitud de delegar problemáticas intelectuales, emocionales y psicológicas a las familias y a las escuelas. La escuela es el lugar en donde se tendrían

que resolver las problemáticas intelectuales referidas a la atención, resolución de problemas e incorporación de normas. Esta última área también es de trabajo familiar. Las

características estructurales de los lugares de atención presentan enormes diferencias entre un espacio social y el otro, dando cuenta de modos de entender la atención y a los sujetos involucrados más allá de los recursos económicos<sup>37</sup>. La salud es amenazada en

cada lugar por diferentes problemáticas, el análisis comparativo concluye que en el Espacio I, temas como desnutrición, abandono, delincuencia, drogas son los que aparecen en los enunciados de los profesionales aparte de las enfermedades clásicas. En

---

<sup>35</sup> Se homologa la acción de ver con la de pesar y medir en varias de las prácticas observadas en el Espacio I.

<sup>36</sup> Esto fue más frecuente en el Espacio I. En el Espacio II se realiza un intercambio simbólico más desarrollado. (Ver Capítulo 9: “Las diferencias sociales y los modelos de salud”)

<sup>37</sup> Esto se profundizará en el capítulo de “Las diferencias sociales y los modelos de salud”.



cambio, la expectativa intelectual, el comportamiento adecuado, inquietud emocional, problemáticas subjetivas, toman protagonismo en el Espacio II.

En relación a estas comparaciones se pueden postular dos niveles de categorías emergentes sostenidas en las diferentes representaciones sociales de salud y sus acciones consecuentes, cada uno con sus sentidos y significados. Esta es una hipótesis medular de la investigación. En un modelo de salud, esta misma es un valor, una aspiración centrada en la supervivencia. En el otro modelo de salud, la misma es un logro que involucra calidad de vida.

Esta doble expectativa y modos de entender la salud en la infancia, una ligada a la supervivencia y otra ligada a calidad de vida, también se expresa en los enunciados docentes. Como anteriormente se describió, en el Espacio I, la importancia de la nutrición se liga a la capacidad de sobrevivir en un contexto difícil. El niño es sano cuando puede mantenerse con vida y transitar la vida escolar en términos normales, adaptándose a la lógica de la institución y por lo tanto después a la sociedad. El Espacio II presenta docentes que piensan en un “desarrollo esperable” y en un niño que también demuestre cualidades sociales y culturales, reproduciendo y aprendiendo habilidades para un futuro laboral y ciudadano. Es decir, este adulto en potencia tiene que resolver tareas varias, se lo piensa aprendiendo idiomas, destrezas empresariales, competencias deportivas, actividades numerosas en una rutina con alta carga horaria. Este niño, no es sano en función de la supervivencia, sino porque respondiendo a demandas socio-culturales de un determinado *habitus* de clase, puede ajustarse a lo esperable.

A lo largo del análisis de las representaciones de los tres grupos de actores, se puede comprender una singular dinámica. Entre las representaciones y acciones de los profesionales de salud, los encargados de crianza y los docentes, se establece una configuración que otorga sentido a los significados de cada grupo sólo en relación a las representaciones y acciones del otro. Las relaciones de poder, las formas en como las comunicaciones se llevan a cabo, entre los grupos, permiten entender por qué, por ejemplo, los padres del Espacio I, con particular capital cultural y simbólico, le otorgan tanta importancia a la cuestión del peso y la medida a la hora de pensar en un niño sano. Si bien los médicos del mismo espacio social, enuncian la importancia de la dimensión emocional o psicológica, la acción terapéutica se centra exclusivamente en el peso y la medida. Esto es transmitido directamente a los padres. Los docentes acompañan este esquema planteando que la escolaridad se centra en cuestiones estrictamente escolares, pero en este espacio social se destaca la importancia de la supervivencia y la adaptación,

el permanecer en el aula. Las problemáticas de salud desde las escuelas son delegadas a los “especialistas”, médicos, psicólogos, neurólogos, fonoaudiólogos...

Este mínimo ejemplo, es útil para exponer la posibilidad de caer en un error metodológico si sólo se centrara el análisis en las representaciones de un grupo definido, sin establecer contrastes con los otros espacios o con las prácticas vinculadas. Las representaciones sociales de salud infantil no están por fuera de un entramado social y cultural, muchos de los significados que nutren las representaciones sociales surgen del conflicto, la negociación o la imposición de modos de conocer, de simbolizar y actuar sobre la salud de los niños.

#### IV. Consideraciones Finales

¿Qué educación en salud tienen los actores que participan de los cuidados de los niños? ¿Tienen estrategias compartidas de reconocimiento y trabajo sobre la salud? ¿Disponen de las mismas informaciones o las diferencias sociales inciden en las posibilidades de conocimiento? ¿Qué participación tienen los actores que cuidan de los niños en lo que ellos entienden como salud?

No son pocos los autores que plantean que las políticas de salud sólo pueden ser exitosas cuando cuentan con la participación popular. Para esta participación las personas y las poblaciones tienen que estar educadas en problemas de salud (Guerrero & León, 2008). El concepto de salud infantil, como se analizó en las entrevistas, responde a un entramado sociocultural en el cual están los encargados de la crianza, los maestros, los profesionales de salud en sintonía con una comunidad a la que pertenecen. Todos estos actores tendrían que estar en condiciones de opinar y participar en las decisiones, sobre todo reconociendo la cantidad de horas que pasan los niños tanto en las escuelas como en sus hogares.

Una de las hipótesis nodales en este trabajo, que va adquiriendo cada vez más argumentos a través de los datos e incidentes (Glasser & Strauss, 1967), tiene que ver con la gran diferencia en los modos de concebir la salud entre los espacios sociales. La representación social de la salud infantil es relativa no sólo al rol de las personas con respecto a los niños sino también en lo referente a la pertenencia social del niño referido.

El paradigma biologicista, que rechaza todo relativismo, entiende a la salud como un buen funcionamiento de la máquina biológica humana, más allá de contextos sociales y modos subjetivos de asumir las condiciones de vida. La categoría salud infantil

comprende, en este modelo: los buenos pesos y medidas, lo esperado de acuerdo a un baremo universal del crecimiento, el comportamiento adecuado, el cumplimiento de reglas de normalidad en el desarrollo. Se ha observado como la idea de un niño sano, en el Espacio Social I se sostiene en la idea de “supervivencia”. Este niño es sano porque pesa y mide bien, porque sobrevive. Los pediatras focalizan en sus prácticas el pesar y medir al niño, más allá de otras técnicas secundarias como preguntas a los padres sobre hábitos de vida. El vínculo entre los pediatras del centro de salud y los maestros es nulo. En la escuela se pondera que el niño esté controlado, que pueda responder a consignas, que pueda adquirir reglas, que no se exceda de los criterios de normalidad en función del desarrollo esperable. Los encargados de crianza, en correlato, privilegian también el peso y la medida, reproducen el saber disciplinar que observan en las prácticas médicas, tienen como objetivo primordial el mantener con vida a sus hijos. El jugar, la felicidad, hasta inclusive lo educativo, son puntos reconocidos pero secundarios para el logro de la salud.

La representación social de salud infantil en el Espacio Social II se organiza con otras categorías, involucrando dimensiones más vinculadas a lo que se entiende por “calidad de vida”. La calidad de vida puede ser entendida como una arista indispensable de la salud. Es, según la OMS en el foro Mundial de la Salud en Ginebra (2002), «la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, expectativas, normas y preocupaciones». En este espacio social, que se entiende con la calidad de vida del niño, las dimensiones reconocidas son la salud física del niño, su estado psicológico, nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su rol con los elementos esenciales de su entorno. Entre los significados referidos también aparecen las nociones del desarrollo esperado en los docentes, pero a esto se le agrega la expectativa de alcanzar habilidades intelectuales, la importancia del plano emocional, la capacidad para resolver operaciones formales, que pueda participar de juegos que ponga en funcionamiento “inteligencias diferentes”, que desarrolle la creatividad, entre otras. Tanto en los enunciados como en las prácticas de los profesionales de la salud, profesionales de diferentes disciplinas, el foco de atención va más allá del peso y la medida. En la comunicación con los padres se inquiere sobre la cuestión social, hábitos cotidianos, la referencia a lo escolar, la participación en otras actividades lúdicas o deportivas. Esos encargados de la crianza manifiestan que el niño tiene que estar sano no sólo físicamente, sino también en el plano emocional y espiritual. Es un niño que tiene que jugar, ser feliz y demostrar sus condiciones al mundo.

Del “niño que sobrevive” al “niño con calidad”. En estas infancias se entrecruzan disímiles expectativas, prácticas, modos de comprender problemáticas, esquemas de percepción, ambientes físicos y lógicas de cuidados. Estos son los significados que se ofrecen desde la atmósfera simbólica en cada uno de los espacios sociales, no implica que cada uno de los actores tenga un posicionamiento específico y diferente al resto. Pero más allá de esta configuración singular, en su lugar como miembro de un grupo humano, forma parte de un entramado de símbolos y valores que ejerce sus influencias.

### Referencias bibliográficas

- Alleyne, G. (2001). *Promoción de la salud en las Américas*. Informe del Director. Oficina Sanitaria Panamericana Washington.
- Bajtin, M. (2011). *Las fronteras del discurso: el problema de los géneros discursivos: el hablante en la novela*. (1a Ed.). Buenos Aires: Las cuarenta.
- Bourdieu, P. 1984. *Homo academicus*. Paris: Ed de Minuit.
- Bustelo, E. (2007) *El recreo de la infancia. Argumentos para otro comienzo*. Buenos Aires: Siglo Veintiuno editores.
- Castiel, L. & Dardet Diaz, C. (2010) *La salud persecutoria: los límites de la responsabilidad*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Corvalán, F. (2013). Repensando las prácticas de salud y educación en las complejidades sociales. Descripción y análisis de una metodología de investigación acción participativa. En *Psicogente*, 16(29), 197-208.
- Chartier, R. (1996). Escribir las prácticas. Foucault, de Certeau, Marin (1st ed.). Buenos Aires: Manantial.
- Corvalán, F. (2016) Actitudes docentes acerca de la Asignación Universal por Hijo. Estudio comparativo (2010-2013). *Ciencia, Docencia y Tecnología*. Vol. 27 N°52.
- Corvalán, F., Chazarreta, F. & Ferrero, M. (2018). Experiencia Yuracaré, la salud entre la tradición y la selva. *Material de Cátedra Psicología y Cultura del Adolescente y el Adulto*. Universidad Autónoma de Entre Ríos. Argentina.
- Gil, P. (2008). La salud y sus determinantes. Concepto de Medicina Preventiva y Salud Pública. *Medicina Preventiva Y Salud Pública*, 11ª, 3–14. Retrieved from <http://paginas.facmed.unam.mx/deptos/sp/wp-content/uploads/2013/12/biblio->

basica-2.1.2-1.pdf

- Glassgold, J. M., Beckstead, L., Drescher, J., Greene, B., Lin Miller, R., & Worthington, R. L. (2009). *Appropriate Therapeutic Responses to Sexual Orientation. American Psychological Association Task Force*.  
<https://doi.org/10.1037/e548572011-001>
- Glez, M. (2018). Paracelso y la plaga del pecado | Ciencia | EL PAÍS. Retrieved September 25, 2018, from  
[https://elpais.com/elpais/2018/07/31/ciencia/1533027246\\_653272.html](https://elpais.com/elpais/2018/07/31/ciencia/1533027246_653272.html)
- Guerrero, L., & León, A. (2008). Aproximación al concepto de salud. Revisión histórica. *Fermentum*, 18(53), 610–633. Retrieved from  
<http://www.saber.ula.ve/bitstream/123456789/28660/1/articulo8.pdf>
- Janin, B. (2013). El DSM y la medicalización de los niños. *Actualidad Psicológica*. Año XXXVIII. N°416. Pp. 8-10.
- Linaza, J.L. (2003) Cambios en la concepción de educación. En: *La enseñanza del derecho*. Comp. Francisco Laporta. Madrid: Universidad Autónoma de Madrid.
- Organización Mundial de la Salud. OMS. (1997). Declaración de Yakarta sobre Promoción de la Salud en el Siglo XXI. *IV Conferencia Internacional de Promoción de la Salud*. Indonesia, julio de 1997.
- Organización Mundial de la Salud. OMS. (2002). Programa Envejecimiento y Ciclo Vital. Envejecimiento activo: un marco político. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2002; 37 (S2): 74- 105.
- Olson, D. (1994). *El mundo sobre el papel*. Barcelona: Gedisa.
- Rossi Beati, B. & Sagastizabal, M. (2008). *Del Enseñar y el Aprender. Observatorio sobre las representaciones sociales del alumno, la escuela y el docente*. UNESCO-CONICET. Rosario: UNR Editora.
- Temporetti, F., Augsburg, C., Bertolano, L. & Enría, G. (2008). *Salud Mental en la Infancia, Estudio Epidemiológico de la población 3-13 años en la ciudad de Rosario*. Facultad de Psicología, Universidad Nacional de Rosario.
- Volnovich, J. C. (1999). *El niño del siglo de Niño*. Buenos Aires: Lumen.

## Capítulo 6. La enfermedad infantil en las representaciones

### I. ¿Qué es la enfermedad? Hacia la enfermedad infantil

“-Lo comprendo -murmuró Paneloux -, esto subleva porque sobrepasa nuestra medida. Pero es posible que debamos amar lo que no podemos comprender. Rieux se enderezó de pronto. Miró a Paneloux con toda la fuerza y la pasión de que era capaz y movió la cabeza.  
-No, padre -dijo- Yo tengo otra idea del amor y estoy dispuesto a negarme hasta la muerte a amar a esta creación donde los niños son torturados.”

(Camus, 2003, p. 137)

A lo largo de la historia lo que es considerado enfermedad se implica con lo que un grupo social entiende por enfermedad, con lo que culturalmente se puede inscribir dentro de significaciones vinculadas a un estado particular de estar o ser en el mundo. Estar enfermo, ser un enfermo o tener una enfermedad. La enfermedad, al ser un elemento que es significado en relación a otros signos y prácticas sociales, tiene un status semiótico, una lógica que amerita a ser interpretada junto con otros elementos significativos de esa configuración social (Geertz, 1990). De aquí que se sostenga la importancia de describir contextos, perspectivas históricas y analizar diferentes modos en como se enuncia este significado, para poder comprender como la metáfora de la enfermedad fue construida en un marco de sentidos.

Al igual que la representación de salud y luego la de salud infantil, analizadas en el capítulo anterior, no se buscará encontrar una definición general ni se planteará una perspectiva superadora. Tanto la salud como la enfermedad expresan posibilidades emergentes de una configuración específica, proponer una definición única que abarque o simplifique las diferentes perspectivas del concepto eclipsaría opciones válidas. Dentro de este amplio abanico de opciones se puede encontrar como en la actualidad, en relación a los fines de nuestro estudio, la enfermedad en general, y la enfermedad infantil en particular, aparecen configuradas en alternativas relativas al contexto y a una historia que, a medida que avanza, también repite.

Se pueden reconocer distintas instancias históricas con sus concepciones particulares acerca de la enfermedad (Pérez Marc, 2007). Estas instancias representan distintas filosofías y maneras de elaborar conceptualmente la problemática de la

enfermedad humana, con supuestos ontológicos y desarrollos técnicos relacionados, todos distribuidos en una “historia espiralada”.

Desde la literatura presocrática hasta la actualidad, la enfermedad puede aparecer asociada a la idea de castigo, pena o sanción. Esto se representa como una forma de posesión demoníaca o como a la acción de agentes naturales desequilibrantes. Esta idea de desequilibrio de la Antigüedad, en función de una conducta imprudente se resignifica en la Edad Media como la consecuencia de una vida malsana o pecadora. En la actualidad, el discurso religioso, que se impregna en el sentido común, advierte a los adictos, a los trasgresores, a los promiscuos, acerca de las consecuencias de sus hábitos<sup>1</sup>. La enfermedad aparece entonces como una expresión de justicia y merecimiento desde la antigüedad hasta el presente.

Con los aportes de Hipócrates (470-377 A.C.) por primera vez se sistematizó una práctica milenaria para tratar los padecimientos y también para evitarlos (Hipócrates, 1983). Las enfermedades se diagnosticaban y se planteaban metodologías de observación del enfermo considerando el antecedente de la historia de la enfermedad (amnesia morbi). Según Sacks (2008), fue Hipócrates quien introdujo el concepto histórico de la enfermedad, la noción de que las enfermedades tienen un curso, dando lugar a las historias clínicas. Entre otros legados se encuentra la idea de *primum non nocerum* (lo primero es no hacer daño), también la noción de saber qué persona tiene la enfermedad en vez de qué enfermedad tiene la persona.

El matemático y físico Blaise Pascal (1623-1662) escribió que Dios enferma como corrección, de modo que el buen cristiano se tiene que resignar y regocijar cuando se enferma (Bunge, 2012). La salud del cuerpo haría peligrar la del alma y el cuerpo enfermo constituiría un mensaje divino. En el presente algunos enfermos «dedican su dolor a Dios», como si ellos mismos hubiesen creado su enfermedad por acción u omisión: teología de la enfermedad cuya genealogía integra al pensamiento escolástico. En esta concepción, el lugar de la capacidad del hombre para operar e instrumentar en el mundo se encuentra oculto. El destino del sujeto queda sometido a las lógicas de la enfermedad que forman parte de un plan celestial -externo- que se cumple de modo directo al vulnerarse un sistema moral. Esta situación, que reproduce elementos clásicos, figurados en equilibrios míticos que se irrumpen, de ningún modo puede entenderse como

---

<sup>1</sup> En la década del 80 del siglo XX, a la propagación del Virus de Inmunodeficiencia Adquirida (HIV) se lo llamó “peste rosa”. De este modo, la población homosexual tendría una enfermedad específica y acorde a su condición sexual.

superada. Cuando los actores consideran que una enfermedad infantil, es causada directamente por excesos de los padres, que contaminan y generan ambientes inmorales, “niños contaminados”, se establece un determinismo externo justificado solamente por atribuciones metafísicas.

Con el advenimiento de la modernidad y de la configuración del individuo en tanto tal, se encuentra la idea de enfermedad en relación a la personalidad, al carácter o a una actitud individual del propio sujeto. El enfermo, en su individualidad, es quien generaría la enfermedad, el que se desarrolla patológicamente en el mundo. Se destacan la característica mental de la patología, la intensión del sujeto para enfermarse y una alta dosis de falta de responsabilidad. Es el enfermo quien prepara su cuerpo para el desarrollo de la enfermedad, al no expresar sus emociones de manera adecuada, al no conocer las consecuencias de ciertos actos, al no informarse sobre determinados conocimientos (Castiel & Dardet Díaz, 2010). En los enunciados analizados y focalizando específicamente en el campo de la infancia, si bien la responsabilidad no cae directamente sobre los niños, recae sobre los padres, que por ignorancia (Espacio Social I) o por falta de responsabilidad (Espacio Social II), enferman al niño.

La enfermedad también ha aparecido y aparece como un estigma social. La homologación entre una enfermedad y un insulto utilizando determinadas patologías es prueba de esto. El “ser un enfermo mental”, “un mogólico”, “loco” o “un sidoso”, describe un sujeto portador de un signo que conlleva a discriminar su ser, diferenciarlo de la normalidad. Esta metáfora que condensa enfermedad e insulto, presenta sentidos discriminatorios y violentos. Se deja de ver a la persona en su integridad como una persona total y se la reduce a un ser infecto y despreciado (Goffman, 2010). Esta atribución discriminatoria es un estigma y produce en los demás un descrédito amplio, ya sea en la escuela, en el barrio, en el grupo familiar o lugares de esparcimiento. Niños ADD, niños ADHD, niños obesos, niños violentos, niños que hacen bullying o lo sufren, niños TGD, niños adictos, discapacitados... condensan una clasificación, un estigma, un modo de ser y un modo de ser tratados.

La enfermedad también aparece ligada a la muerte. En tanto uno tenga una enfermedad necesariamente conviviría con la muerte. La vida sería transcurrir sin enfermedades y aquel que posea una enfermedad no dispone de la vida de manera cabal. La persona, al estar enferma, no podría gozar de todos los placeres de una vida ideal ni tampoco tiene las competencias de un ser vivo ideal. Muerte, finitud, mortalidad, letalidad... la enfermedad deja de ser parte posible de la vida y convivir con la enfermedad



es aprender a sentirse muerto. Los encargados de crianza en algunas ocasiones niegan las posibles enfermedades de sus niños. En una observación realizada en el Espacio Social I, en un ambiente de extremas carencias (sin agua, sin habitaciones, sin paredes estables) una madre enunciaba que era sano que su hijo juegue en el basural del patio. Esta familia, que trabajaba en la recolección de residuos, traía todo lo recolectado hacia la casa, lugar donde jugaban los niños, se lastimaban e infectaban. De hecho, en la espalda de uno de los niños se podía observar claramente un proceso infeccioso. La relación entre enfermedad y mortalidad habilita a un acto negatorio que dificulta el reconocimiento y posterior acción. Por el otro lado, en el Espacio Social II, docentes comentaron en las entrevistas, acerca de padres que no quieren reconocer los problemas de sus hijos. “Cuando se les plantea la posibilidad de alguna enfermedad crónica, algunos padres deciden cambiar de institución a su hijo<sup>2</sup>”.

Al estar, en estas concepciones, tan vinculada la enfermedad con la muerte y con limitaciones infranqueables, el reconocimiento de los procesos patológicos es sumamente difícil y angustiante produciéndose un mecanismo negatorio en el cual hay un reconocimiento inicial de alguna problemática para luego negarla (Freud, 2000).

La concepción de la enfermedad como guerra, atraviesa los espacios sociales; esta enfermedad haría del cuerpo del sujeto enfermo un “campo de batalla” entre un agresor, el agente patógeno, y el sistema de defensa, el sistema inmunitario. Hay enfermedades que se publicitan como enemigas universales de la humanidad y se organizan frentes mundiales de batalla, generando miedo, campañas de extrema prevención, que en vez de promover una toma de conciencia provocan un estado de estupor que inhabilita acciones reflexivas y efectivas, aumentando la paranoia y la sensibilidad ante los mínimos indicios del “mal”. En los últimos años se puede observar en el campo de la infancia, como desde los medios de comunicación y otros agentes de salud, se difunden numerosos casos de trastornos de atención, síndromes oposicionistas y bullying, en donde las escuelas y los hogares se presentan como campos de batallas. Aquí las agresiones sistemáticas están al orden del día y los niños son los protagonistas, víctimas y victimarios. Toda manifestación de violencia es “bullying”, todo acto de transgresión es violencia y oposición y, los controles sobre la infancia, tendrían que incrementarse para evitar estas epidemias de movimientos incontrolados.

---

<sup>2</sup> Entrevista 2 a Docente Espacio Social II.

Como se ha expuesto, distintas metáforas atraviesan las concepciones de enfermedad a lo largo y a lo ancho de la historia, sean estas enfermedades graves, leves, crónicas o agudas, sean consideradas en un carácter positivo o negativo, mentales, físicas o espirituales. Este recurso simbólico de sustituciones significantes y de comparaciones de sentido permite no sólo la estructuración de simbolizaciones sino también la organización de prácticas.

Como se analiza, en la actualidad tienen vigencia principios de enfermedad heredados de la Antigüedad y también del Renacimiento. A pesar de pensar desde la llamada Posmodernidad, en lo que hace a las concepciones y a las prácticas de salud, todavía el modelo cartesiano tiene circulación. Los diagnósticos y tratamientos basados en la evidencia, la dicotomía sujeto-objeto, la dualidad, mente-cuerpo, “res extensa” y “res cogitan”, el método deductivo como garantía de eficacia, el modelo empirista y racionalista en el despliegue técnico. Este esquema de pensamiento de la cultura actual, llamado “occidental”, domina en la construcción de las metodologías utilizadas ante la enfermedad (Capra, 1992).

Lo que se plantea como característico de esta época es el despliegue y desarrollo de tecnologías que intervienen con todo el proceso de la enfermedad. Desde el diagnóstico, tratamiento e instancias de recuperación, un arsenal de instrumentos permiten lograr resultados que anteriormente no se conseguían. La tecnología no solamente se expresa en herramientas físicas que intervienen en el organismo sino también en el desarrollo de la industria farmacéutica. Esta industria, que es de las más rentables y ambiciosas del mercado promueven productos que abordan todas las patologías posibles ya sea en el plano de lo corporal o de lo mental (Ugalde & Humedes, 2009). La medicación, en esta lógica, está íntimamente ligada a un diagnóstico, a veces específico o a veces no. Las poblaciones, alcanzadas por este mercado, inscriben en su vida cotidiana la necesidad del medicamento más allá de la injerencia profesional. Hay estudios que plantean que más de la mitad de los argentinos toman medicamentos sin prescripción médica (Diario El Ciudadano y la Región, 2019). La infancia también es un campo frecuente de aplicación de este modelo farmacológico.

La tecnología médica, cuando adquiere el protagonismo del tratamiento en un núcleo de saber disciplinar, instala una estrategia de atención verticalista en donde el poder lo sostienen aquellos profesionales que dominan estos recursos. La ciencia y su propuesta moderna de disociar sujeto-objeto se traduce en la medicina a un esquema en donde el objeto inanimado, en este caso, es un sujeto que tiene historia e intenciones. Las

herramientas tomarían como objeto al propio ser humano, al creador de esa tecnología, e inclusive instala una concepción de enfermedad íntimamente relacionada a sus alcances y objetivos.

En el terreno de las “enfermedades mentales”, la relación entre tecnologías, saberes disciplinares y objetualización del paciente se expresa, por ejemplo, en el esquema de los Manuales de Diagnósticos de Enfermedades Mentales (American Psychiatric Association., Kupfer, D. J., Regier, D. A., Arango López, C., Ayuso-Mateos, J. L., Vieta Pascual, E., & Bagney Lifante, 2014; APA, 2002). Estos manuales son los referentes oficiales requeridos para la autorización de prestaciones psicológicas y psiquiátricas, en obras sociales y servicios de salud. Pero el alcance de la dinámica que moviliza el uso de este manual va más allá de los dispositivos de atención clínica. La definición de los diagnósticos determina una compleja trama en la que se conjugan diversos dispositivos médicos, psicológicos, pedagógicos y jurídicos, involucrando prácticas diferentes pero que reproducen el trastorno diagnosticado. Es decir, el uso de estos manuales alcanza a todos los saberes que participan de los cuidados de los niños, más allá de la psiquiatría.

A lo largo de este apartado se pudo analizar como desde las diferentes culturas, los momentos históricos y posicionamientos subjetivos, se han construido metáforas para dar cuenta del concepto de enfermedad. Las relaciones de poder, saber y técnicas, no quedan fuera de la discusión. La referencia a la imposibilidad de proponer una definición única y superadora sobre enfermedad y enfermedad infantil, es una constante. La reincidencia en significados de épocas pasadas, de perspectivas vigentes, en las palabras como en las prácticas actuales, expresa que no hay tiempos superados. Dentro de las lógicas de clasificación y concepción de la enfermedad y los enfermos, aparece el modelo de los manuales estandarizados. La particularidad de la enfermedad infantil dentro de estas concepciones, será trabajada con más detenimiento en el próximo apartado junto con el análisis de observaciones y enunciados.

## II. ¿Qué es la enfermedad infantil?

La patologización de la infancia como fenómeno actual es manifestado por varios antecedentes (Janin, 1998, 2002). Este fenómeno conduce a pensar sobre las condiciones socioculturales en las que aparece la patología, los criterios clasificatorios, las representaciones de enfermedad y sobre todo el lugar de la infancia en estos discursos y prácticas. La ciencia implicada en las concepciones de enfermedad mental infantil,

específicamente, comulga con el modelo psicopatológico del DSM. Las condiciones neurobiológicas forman parte de las bases de todas las patologías habilitando el uso de los fármacos a edades cada vez más tempranas y a insistir en la velocidad de los diagnósticos (Terzagui, 2008).

En el campo de la salud en general, el diagnóstico (diagnosis, del griego: conocimiento), es el conocimiento diferencial de los signos de una enfermedad. Este conocimiento se encuentra en vínculo con una teoría determinada sobre el objeto de estudio. En la “salud mental”, este conocimiento se realiza utilizando categorías e indicadores asociados a las diferentes teorías sobre el psiquismo. En el DSM, a pesar de que no se declare una adscripción teórica y se sostenga un criterio netamente empírico, la corriente predominante es una teoría biologicista de corte positivista. Este espectro científico se asocia a la objetividad extrema, la neutralidad ideológica, la descripción pura, la vigilancia epistemológica, el control de los objetos y la capacidad de predicción. Esta estrategia metodológica domina el mercado técnico y las políticas académicas en el campo de la enfermedad infantil. La llamada salud mental no es una excepción, gran parte de las prácticas cotidianas comulgan con este paradigma y se profundiza en la misma por la frecuencia con que fue mencionada en todos los actores.

El DSM particularmente se publicita como un manual descriptivo estadístico de desórdenes mentales y también como un soporte técnico educativo para el diagnóstico y las terapias adecuadas (APA, 2002). La multiplicación de reportes y registros, la discusión y verificaciones sistemáticas enunciadas, contribuyen a acumular datos que lejos de cambiar las lógicas de clasificación, preparan nuevos manuales con cada vez más trastornos posibles. La medicalización, el control y la industria beneficiada, participan activamente en las representaciones sociales sobre enfermedad infantil.

El protagonismo que tiene el Disorder Statistic Manual (DSM) merece trabajarse ya que forma parte de las concepciones de enfermedad infantil que presentan algunos actores (profesionales de salud y docentes) e influye en las prácticas relacionadas en todos los ámbitos de desarrollo de la niñez. Si bien la referencia al DSM no es literal en algunas situaciones, el mismo conforma la perspectiva metodológica de trabajo cotidiano. Esta estrategia nosográfica tiene como objetivo primordial el encuadrar dentro de un diagnóstico general, un conjunto de signos y síntomas particulares. A lo largo de las diferentes publicaciones de este manual (en mayo del 2013 se publicó la quinta versión), la cantidad de patologías posibles va en aumento, cada uno de estos cuadros son más generales y abarcativos habilitando la inclusión de cada vez más individuos. Mientras que

el DSM I propuso 106 trastornos el DSM IV propuso 357, la quinta versión agregó 15 si bien integró algunos trastornos a diagnósticos anteriores (aparecen entre otros el Trastorno Premenstrual, Trastorno por Atracón, Trastorno por Acumulación Compulsiva) (Sandín, 2013). Si bien estos diagnósticos se movilizan, los sujetos diagnosticados persisten con una clasificación fija.

La etiología de los síndromes que se diagnostican a los niños responde por lo general a desorganizaciones biológicas, genéticas y neuronales. Es el organismo el escenario de las intervenciones y diagnósticos. La enfermedad comprendida como alteración biológica por el médico es vivenciada por quien la padece y su entorno, como un acontecimiento psicológico y social. Los niños, sus padres y sus docentes son alcanzados por los efectos de los diagnósticos. Sin embargo, estas consecuencias en las dimensiones sociales y psicológicas quedan al arbitrio de los recursos familiares o escolares y, la terapéutica, se focaliza exclusivamente en la dinámica de los procesos biológicos.

Este criterio metodológico que involucra tanto al diagnóstico como al tratamiento, se sostiene en algunos descubrimientos empíricos en el campo del comportamiento. Conductas que comienzan a ser visualizadas como patológicas (formas de atención, movimiento, estrategias particulares de responder a consignas...), instalan una mirada sobre la infancia que traspasa los círculos médicos y se generaliza en el campo social de todas las instituciones por las que transcurren los niños.

Hay un estudio citado por Beatriz Janin (2008) publicado en el *Journal of the Amcademy of Child and Adolescent Psychiatry* que afirma que en Carolina del Norte más de la mitad de los niños medicalizados no reúnen los criterios diagnósticos básicos. Los autores en ese trabajo concluyen que los padres piensan que la medicación contribuirá al rendimiento escolar de sus hijos.

El “niño enfermo” tiene en su intimidad ontológica un desorden que le pertenece pero que a su vez le es extraño e inmanejable. Una de las concepciones clásicas en nuestra cultura occidental, como se describió anteriormente, presenta a la enfermedad como una afectación causada por un elemento extraño y hostil sea este externo (enfermedades infecciosas, excesos de consumo, estrés, etc.) o interno, pero ingobernable para el sujeto (trastornos genéticos, conectividad neuronal, química sináptica). La otredad en la infancia se instala a partir del reconocimiento de que algo “extraño” se introdujo o tiene el niño y esto extraño tiene una finalidad patológica. Esta concepción de la “enfermedad” configura la identidad del niño enfermo. Al ser la enfermedad una extrañeza la misma identidad del

que la padece queda alienada como un otro extraño. La práctica consecuente por lo tanto es alienante ya que tiende a erradicar una extrañeza que, en este caso, conforma la misma identidad del niño.

La identidad del niño enfermo es debilitadora de su condición genérica. Y esto no es solo por su rasgo de extrañeza, tanto de él como de su enfermedad, sino porque su situación patológica, al ser encuadrada dentro una nosografía a-histórica y descontextualizante, lo enajena de sus particularidades subjetivas. La idea de universalidad y homogeneidad de la época, materializada en los criterios diagnósticos, instala un modo de estar enfermo que se replica más allá de los contextos, más allá del momento histórico definido y de las decisiones de los sujetos, incluido el niño. A esto apuntan los criterios diagnósticos encontrados y las siglas definidas (ADD, ADHD, TOC, TOD, TA, TGD...). El portarse mal, el estar desatentos, el estar inquietos, ya no presentan un carácter cualitativo de una etapa vital sino que se constituyen como un “déficit” o “trastorno” del cual hay que deshacerse rápidamente, previa generalización y diagnóstico.

Es la institución escolar un lugar propicio para el surgimiento de las demandas de diagnóstico. En la cultura de la hiper-expresividad, en donde los niños sistemáticamente son invadidos por incitaciones para responder, moverse y reconocer con rapidez, algunas lógicas pedagógicas tradicionales entran en contradicción (Berardi, 2003). Hay exigencias ciudadanas en relación a lo que el niño debería hacer en sus primeros años de vida en el común de las sociedades modernas: debe tener capacidad de ser institucionalizado en una escuela, dar cuenta de funciones intelectuales, sostener la atención durante horas, entre otras. Los que no responden a estas exigencias son plausibles de ser diagnosticados, es decir, se los clasifica en función de la amplia oferta de patologías infantiles. Si bien la figura del “docente rotulador” está presente en las escuelas, los docentes entrevistados manifiestan no tener decisión sobre cuestiones cruciales ya que reciben niños medicados y diagnosticados sin comprender el proceso terapéutico, o bien, sin conocer características generales históricas que hacen a la situación de un niño en particular.

Ante este panorama actual de transformaciones institucionales, donde el niño queda por fuera de los cánones de normalidad por la búsqueda de supervivencia en espacios sociales de cambios continuos, la enfermedad aparecería como un acto de justicia ante su falta de adaptación (Temporetti, 2008). El movimiento, la capacidad crítica, la desatención, “merecen” ser diagnosticados junto con el sujeto que los manifiesta. Antes de hizo referencia a la idea de enfermedad como merecimiento.

El niño, que pasa a ser considerado un síndrome, es visualizado por las instituciones en función de su diagnóstico, el acto de deshumanización que implica ser estigmatizado por otro, en la enfermedad mental infantil, instalas proyecciones condenatorias. El rechazo, la discriminación, la devaluación de las propuestas, aparecen más allá de la fundamentación del criterio diagnóstico. El niño catalogado por un síndrome o trastorno, recibe desde “cuidados espaciales”, ofertas terapéuticas continuas, hasta conductas de segregación por parte de sus pares o los adultos a cargo. Aquellos cuidados especiales, lejos de “des-estigmatizar” al niño, muchas veces lo incluyen en el grupo de los inadaptados excluidos de la normalidad (Goffman, 2010).

Cuando la enfermedad aparece también ligada a la muerte o situación terminante, la conexión enfermedad-muerte o condena, produce diferentes efectos tanto en el niño como en su entorno. A la hora de pensar en la infancia, más allá de la particular percepción de los niños de su situación, es la familia la que actúa en consecuencia de la suposición de que el niño al estar enfermo convive con un mal letal. En la negación mencionada, el niño estaría sano a pesar de los planteos docentes, de otros padres, profesionales, inclusive ante la evidencia de signos. La posibilidad de reconocer el hecho de la enfermedad rompería con los ideales supuestos o demandaría un ejercicio de recursos que muchas veces las familias no cuentan. Esto atraviesa los espacios sociales analizados.

Un fenómeno que aparece expresado, no sólo en la literatura científica, sino en los discursos de los pediatras, es la presencia de enfermedades en los niños que formaban parte de la nosografía de los adultos: dolores de espalda ligado a tensiones, malestares de cabeza o cuello, síntomas de stress, sensaciones de agobio, comportamientos ligados a trastornos obsesivos, etc. Más allá de la compulsión al diagnóstico descripta, puede observarse que las rutinas de los niños en algunos espacios sociales, están cargadas de actividades que van más allá de la educación formal y de instancias propiamente lúdicas (deportes, idiomas, espacios de arte), o bien, de actividades asociadas a la economía familiar (trabajo infantil). El tiempo libre de estos niños es muy limitado, los juegos infantiles pasan a ser reemplazados por actividades en donde aquellos tienen que desarrollar capacidades específicas para un futuro profesional o para un presente de subsistencia. La infancia como tiempo de espera es reemplazada por una instancia en donde todos tienen que demostrar habilidades de adaptación y manejo de técnicas para la inmediata incorporación a un mundo competitivo.

Al ver que la enfermedad infantil forma parte de una complejidad que no se reduce a una detección de indicadores objetivos, es importante reconocer que son los sujetos los

que atribuyen carácter problemático a ciertos hechos o conductas y les asigna un significado desfavorable, incluso pueden llegar a definir como problema social algo que hasta el momento era inexistente. Las características de las sociedades establecen un andamio significativo para el desarrollo de las concepciones de enfermedad pero como los diagnósticos sobre las sociedades no incluyen terapia farmacológica ni prestaciones médicas, es el campo de la infancia un blanco útil.

No son pocos los sociólogos que al momento de pensar nuestra sociedad hacen referencia al carácter de la inmediatez, el consumo compulsivo, el predominio de lo visual y a la imperiosa necesidad de estar siempre bien (Bauman, 2003). Estas características de la sociedad inciden en la atmósfera simbólica en donde las representaciones sociales sobre la enfermedad infantil se diseñan. Lo que se entienda por enfermedad infantil se implica a su vez con las decisiones que los actores toman en las instituciones y para esto se propone:

- La rápida acomodación que tienen que tener los niños y sus problemáticas a las lógicas formales de las instituciones.
- La urgencia con la que los profesionales deben actuar para diagnosticar y llevar a cabo un tratamiento.
- La demanda de los encargados de crianza de diagnósticos y tratamientos rápidos con resultados a la vista.
- La velocidad con la que tienen que desaparecer los síntomas o signos que se visualizan como malestar en los niños en la escuela.
- Diagnósticos sostenidos exclusivamente en la dimensión comportamental visualizada en desmedro de lo histórico-vivencial.
- Lo insostenible del malestar en el niño, su sufrimiento, su infelicidad y la búsqueda de productos como paliativos inmediatos.
- La “adultización” de la infancia ante la dificultad concebir tiempos de espera y desarrollo.

Todas estas concepciones y estrategias acerca de la enfermedad infantil, que expresan una dialéctica entre propuestas culturales históricas y posicionamientos de los miembros de una sociedad, se concretizan representaciones y prácticas. En las particularidades de estas configuraciones, en los espacios con los que se trabajó, se podrán



encontrar más evidencias de esta coyuntura. A continuación se presentarán algunos indicadores paradigmáticos de lo hasta aquí planteado.

### III. Representaciones de los actores

Cuando se relacionan las representaciones sociales en un mismo espacio social se parte de la hipótesis de que esta forma de conocimiento tendría una íntima relación con un grupo social específico, situado en coordenadas específicas en relación a variables. La decisión metodológica de utilizar diferentes técnicas al considerar dos grupos sociales extremos permite ir más allá de indicadores que están relacionados con áreas de necesidades básicas (vivienda, servicios sanitarios, educación básica e ingreso mínimo). En lo que hace al criterio estadístico, este se basó en las necesidades básicas insatisfechas (NBI) que permitió determinar los dos grupos. Pero estos grupos no sólo concentran similitud en lo que hace a las NBI sino que también presentan una hegemonía en el modo en como organizan prácticas cotidianas, percepciones, formas de expresión y contenidos de problemáticas. Pensar en *habitus* de clases posibilita entender como se generan desde estos espacios específicos disposiciones a pensar, sentir y percibir compartidas entorno a la enfermedad infantil (Bourdieu & Pou, 1990) .

La diferencia de espacio social, expresada en las diferentes concepciones sobre la enfermedad infantil, se manifiesta de manera particular en los encargados de crianza ya que los mismos viven y socializan en los lugares estudiados. Ellos forman parte íntegramente de este *habitus* específico. Las diferencias que presentan los profesionales de salud y los docentes en el Espacio I (alto índice de NBI), corresponden a la población que atienden o con la que trabajan, pero no estos actores viven en otros espacios sociales. Estos actores, al no vivir en las zonas de trabajo y al pertenecer a diferentes *habitus*, las diferencias que evidencian en su sentido común no son sobre ellos, sino sobre los niños que transcurren en las instituciones donde trabajan.

En las representaciones sociales de cada espacio social, con respecto a la enfermedad infantil, se encuentran categorías que pueden organizarse en grupos. Estos hacen referencia a una dimensión particular del fenómeno:

- Enfermedad Biológica-Invasiva: el niño está enfermo cuando un virus o bacteria ingresa en su organismo.

- Enfermedad Biológica-Genética: el niño está enfermo por disposición genética, en el orden de lo celular o bioquímico.
- Enfermedad Actitudinal: la enfermedad se expresa por un comportamiento anormal o no habitual del niño.
- Enfermedad Social: el niño está enfermo en relación a su contexto social. Este contexto es la causa principal y razón de la enfermedad del niño.

A partir de las respuestas de los encargados de crianza de los dos espacios sociales, se percibe que primeramente asocian la enfermedad a una serie de signos observables en el comportamiento del niño: “Mi hijo está enfermo cuando lo noto caiducho, sin ganas de jugar...”<sup>3</sup>, “Cuando está quietito y tirado, ahí me doy cuenta que está enfermito.”<sup>4</sup>. Una alteración comportamental expresaría las primeras señales de la enfermedad, pero cuando se profundiza en la idea de enfermedad infantil, más allá del cómo ellos perciben generalmente la enfermedad en sus hijos, los significados se amplían y se diferencian entre un espacio social y el otro.

En el Espacio Social I, se describe la llamada “enfermedad psicológica” en referencia a la adicción y a la violencia. “Cuando empiezan con la consumición ya están enfermos. O sino cuando los ves decaídos, sin ganas de jugar. Son chicos abandonados, que se juntan en la esquina.”<sup>5</sup> Pero esta “enfermedad psicológica” presenta causas y expresiones múltiples que van desde las adicciones hasta el tartamudeo<sup>6</sup>. Entre las causas de las mismas se encuentra “la junta”, “el barrio” y los malos ejemplos familiares. Se nombran también en este espacio social conductas delictivas, ya sea el tráfico de drogas o el robo. Estas enfermedades conforman un campo específico dentro de las mismas ya que para su abordaje el campo médico no aparece como referencia. Sacar “al chico de la calle”, el “mudarse de barrio”, “dar buenos ejemplos”, como respuestas a estas enfermedades, constituyen una responsabilidad en mayor parte de la madre. Esta madre es la que tiene que tomar protagonismo en estos casos. Todas las enfermedades infantiles referidas a la delincuencia, las adicciones y la violencia no aparecen mencionadas en el Espacio II. Las “enfermedades psicológicas” del Espacio I aparecen disociadas de las enfermedades comunes, aquella por la cual trabajan los doctores y que forman parte del

---

<sup>3</sup> Entrevista 4 a Madre Espacio II.

<sup>4</sup> Entrevista 2 a Madre Espacio I.

<sup>5</sup> Entrevista 4 Madre Espacio I.

<sup>6</sup> Entrevista 3 a Madre Espacio I.

campo de lo biológico. Es el médico la referencia para las enfermedades Biológicas-Invasivas, quien tiene el conocimiento del cómo actuar, pero estas enfermedades constituyen sólo una parte de las enfermedades posibles. La Enfermedad Social, aquella causada por el contexto social, aparece siempre en el sentido común de las enfermedades infantiles en las madres de este espacio.

En el Espacio Social II, si bien también se parte de una Enfermedad Comportamental, en donde se reconoce la enfermedad en función de los comportamientos, la etiología de las mismas remite generalmente a una cuestión Biológica-Invasiva o bien Biológica-Genética. Los padres creen que la dimensión biológica es más determinante que la histórica-social. De aquí que se pondere un tratamiento que remita a cambios físico-químicos en vez de un proceso de resignificación y transformaciones de elementos histórico-simbólicos. Reconocen que a medida que van teniendo experiencia como padres cada vez encuentran menos enfermedades en sus hijos<sup>7</sup>. Los encargados de crianza también reconocen que han aumentado “las cantidades de enfermedades mentales que ahora tienen los chicos”<sup>8</sup>, hacen alusión a las diferentes dimensiones que pueden participar del fenómeno de la enfermedad, pero en el momento de pensar las causas y el tratamiento lo biológico toma el protagonismo. La población de este Espacio en su mayoría tiene estudios universitarios<sup>9</sup> y cuentan con mayor precisión conceptual para definir tanto la salud como la enfermedad y los conceptos involucrados. La búsqueda de información es continua y reconocen que el exceso de información que existe sobre “la cantidad de enfermedades nuevas” puede “confundir o “volverte loca”<sup>10</sup>.

Es significativa la relación existente entre lo que plantean estos padres con lo que plantean los médicos y docentes. En este interjuego de representaciones, los médicos enuncian que muchas veces tienen que responder a la demanda de medicalización por parte de los padres, “si yo no medico parece que no hubiese hecho nada, esperan de mí eso”<sup>11</sup>. Esto coincide con lo que plantea Terzagui (2008) cuando manifiesta que el trabajo del médico en la actualidad se encuentra atravesado por múltiples discursos e instituciones que conducen a una medicina defensiva. Desde la escuela, los padres, y otros

<sup>7</sup> Entrevista 3 Madre Espacio II.

<sup>8</sup> Entrevista 2 Madre Espacio II.

<sup>9</sup> EL 59.9% de las madres de este Espacio Social II tiene estudios superiores completos. Vale la pena contrastar con el Espacio Social I en donde ninguna madre tiene estudios universitarios y solo 0.6% tiene estudios terciarios (Temporetti, Augsburg, Bertolano, & Enría, 2008)

<sup>10</sup> Entrevista 1 Madre Espacio II.

<sup>11</sup> Entrevista 1, y 6, Profesionales de Salud Espacio II.

colegas se presionan al médico para que actúe con velocidad y contundencia. Este autor menciona que es la “Ética de la respuesta” la más adecuada para sobrevivir profesionalmente a las exigencias de las instituciones (Terzagui, 2008).

Las docentes comentan que observan cada vez más una medicalización de los niños por fuera de una prescripción médica: “Hay alumnos que me piden permiso para ir a tomar la medicación al baño, cuando les pregunto que están tomando me dicen que es algo que les dio su mamá, cuando les pregunto de nuevo si fueron al médico, me dicen que no.”<sup>12</sup> “Es llamativa la cantidad de chicos que están medicados, por mínimos dolores ya los padres le dan algo.”<sup>13</sup>

Con respecto a las representaciones de enfermedad infantil de los profesionales de salud, en lo que hace a las enfermedades mentales, como se ha mencionado, la estrategia utilizada es la de ajustarse a un manual de criterios diagnósticos, el referido fue el DSM. En lo que hace a la enfermedad en general, se reproducen significados que fueron analizados en el capítulo anterior. A grandes rasgos, la salud infantil en el Espacio I se correspondía a una cuestión de peso y medida y en el Espacio II, además, se ponía como requerimiento para la salud, determinadas habilidades intelectuales y actitudinales. Se reconocen en ambos espacios que hay “etapas epidemiológicas” acorde a cuestiones ambientales, durante el verano la población infantil estaría más permeable a tener diarreas y durante el invierno a padecer enfermedades respiratorias<sup>14</sup>. Estas etapas son constantes y no se enuncian las estrategias particulares de afrontamiento por parte de las familias en los distintos espacios.

El hecho de trabajar las representaciones de salud por un lado y por el otro las de enfermedad apunta a una decisión metodológica que se puede justificar precisamente en el análisis de las representaciones de este grupo de profesionales. Si bien en términos conceptuales, la definición de salud más citada por los profesionales fue la de la OMS de 1946 “la salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, no sólo la ausencia de enfermedad”, cuando definen tanto una como la otra lo hacen referenciando ya sea a la salud como a la enfermedad sin integrar las otras dimensiones de la definición. Es decir se plantea sintéticamente que la enfermedad es ausencia de salud y que la salud es la ausencia de enfermedad. Por ejemplo, algunos plantearon que la salud directamente

---

<sup>12</sup> Entrevista 7 Docente Espacio II.

<sup>13</sup> Entrevista 4 Docente Espacio II.

<sup>14</sup> Entrevista 1, 3 y 4 Profesionales de Salud Espacio I, 3, 4 y 5 Espacio II.

es la “ausencia de enfermedad”<sup>15</sup>, otros que la enfermedad es cuando no se cumplen determinados requisitos que tiene que tener la salud (buen peso y medida en el Espacio I o demostrar capacidades y determinados comportamientos en el Espacio II).

La propuesta de la citada definición de la OMS y concepciones posteriores (Organización Mundial de la Salud, 2004) apuntan a la idea de entender a la salud como “no sólo la ausencia de enfermedad”, a poder pensar que se puede estar sano aún con determinados malestares o afecciones, que la salud más que nada es una capacidad de combatir o enfrentar esas adversidades de la vida. Las consecuencias de esto derivarían en prácticas completamente diferentes que las observadas tanto en encargados de crianza como en los mismos profesionales de salud. La respuesta inmediata con medicamentos, a algunos signos mínimos, observada en los dos espacios, se reemplazaría por intervenciones que apunten también a la generación en los usuarios de recursos en función de su autonomía y enfrentamiento de las situaciones, como así también a la prevención. En el Espacio I como se describió, la comunicación con los padres es mínima y en el Espacio II, el contenido de la comunicación tampoco apunta a hacer de los padres usuarios críticos que afronten las vicisitudes de sus hijos.

Los padres del Espacio II mencionan que sus conocimientos provienen de las propias búsquedas y de la información de los medios. Esto puede ser una de las razones de la gran dependencia que tienen, tanto los encargados de crianza como los docentes, hacia los médicos en las cuestiones de salud. También daría cuenta de las intervenciones “profanas” que hacen algunos padres al medicar por *motu proprio*. Los encargados de la crianza en el Espacio I, ante los mínimos signos de enfermedad, se dirigen al centro de salud. Es decir, si las concepciones de los profesionales de salud no se centraran exclusivamente en el trabajo con la enfermedad, si reconocieran también que “hay que ir más allá de la ausencia de la enfermedad”, las prácticas contendrían otras estrategias (Corvalán, 2013).

En las representaciones de enfermedad infantil de los docentes se encuentran cuestiones similares a las planteadas con los profesionales de la salud. Aparece también, en sintonía con en el capítulo anterior, la idea de que tanto la salud como la enfermedad y su tratamiento, son materia de los médicos. Pero con respecto a las causas de las enfermedades, tanto en un espacio como en el otro, consideran los docentes que determinada problemática de conducta de los niños es causada directamente por los

---

<sup>15</sup> Entrevista 2, 3 y 7 Profesionales de Salud Espacio I

excesos y presiones de los padres (Espacio II) o por falta de cuidados (Espacio I). La enfermedad que puedan presentar los niños o las conductas que sostengan ligadas a una forma patológica, es considerada como una consecuencia y/o acción intencionada, como si fuera la voluntad y la negligencia de los padres los motores de los procesos de enfermedad.

Al ser “niños contaminados” por su medio y contexto<sup>16</sup> las posibilidades pedagógicas no superarían el nivel de la contención, ya que cambiar la realidad de esta población es una cuestión compleja (Espacio I). Esto se expresa cuando los mismos docentes comentan la falta de formación en lo que hace a cuestiones sociales, siendo lo social un causa directa de las dificultades de estos niños (Rossi Beati & Sagastizabal, 2008). Esta enfermedad social con la que cargan los niños se alimenta en lo cotidiano de “la junta”, “la calle”, “la esquina”<sup>17</sup>.

Ahora bien, la situación de abandono por parte de los padres es mencionada en ambos espacios sociales. Algunos docentes del Espacio II manifiestan por ejemplo que “a pesar de que recursos no les faltan, los niños vienen desprolijos y sucios”<sup>18</sup> o que “los padres están tan ocupados que los niños están solos”<sup>19</sup>.

Las docentes también mencionan que tienen que trabajar con niños que ya vienen con un diagnóstico determinado, desconociendo los procesos de diagnóstico e inclusive los tratamientos. Como el DSM, no sólo se presenta como un manual descriptivo estadístico de desórdenes mentales, que brinda instrucciones para el diagnóstico y para las terapéuticas pertinentes, sino también como un soporte metodológico educativo, se instala en el sentido común de los docentes a través de los medios e intervenciones profesionales. En el capítulo anterior se mencionó el rol del “docente rotulador”, se hacía mención a este fenómeno en el cual algunos docentes denuncian enfermedades de las cuales no conocen más que ciertas generalidades. Como Moscovici describió con el Psicoanálisis y la configuración de un conocimiento cotidiano ligado a esta teoría (Moscovici, 1979), en la actualidad es el ascenso del paradigma positivista biologicista, que se expresa en los DSM, el que se inscribe en las metáforas y acciones cotidianas. Esta estrategia diagnóstica se publicita como una supuesta a-teoría, pero en la búsqueda

---

<sup>16</sup> Entrevista 3 Docente Espacio I.

<sup>17</sup> Entrevistas 1, 2, 3 y 6 Docentes Espacio I.

<sup>18</sup> Entrevista 3 Docente Espacio II.

<sup>19</sup> Entrevista 5 Espacio Social II.

estandarizada del síntoma, de base biológica, también plantea un tratamiento correlativo, basado en la medicación adecuada.

La importancia de trabajar las representaciones de cada grupo de actores de manera relacionada, considerando los *habitus* de clase al que pertenecen y en función de un análisis histórico-cultural, permite entender los significados en conflicto. Se suma a esto la importancia de contrastar los enunciados con las prácticas, donde muchos de los significados adquieren sentidos, es decir, en relación al modo en como se actúa en los tratamientos, trabajos escolares y conductas domésticas.

#### IV. Consideraciones finales

El concepto de enfermedad infantil se ha expandido de manera extensa y arbitraria, abarcando múltiples formas de padecimiento, problemáticas cotidianas, comportamientos “anormales” y conflictos que surgen de las propias instituciones e interacciones humanas. El “estar enfermo”, acorde a un modelo de normalidad, es un imperativo que sostienen las diferentes instituciones por las que atraviesan los niños y las dificultades en el proceso de adaptación son percibidas, en los significados interpretados, como una cuestión patológica.

En el desarrollo actual del campo simbólico de la infancia, se pudo analizar una compleja red de representaciones sociales y técnicas en el cual la ciencia médica, las pedagogías y las ideologías de los encargados de crianza, se entremezclan con la lógica del mercado y la dinámica de las diferencias sociales. El reconocimiento de esta intromisión del mercado en las representaciones es reconocida por los médicos, por las docentes y por los encargados de crianza del Espacio Social II, sin embargo, las propuestas críticas que vienen por parte de las instituciones, presentan disparidad con respecto al poder del marketing medicalizante que llega a todos los actores e incluso a los niños. Una impronta, que atraviesa los objetivos de las instituciones de educación y salud, es la de la trabajar con un niño que en el mismo momento que se adapte no genere alteraciones en las lógicas tradicionales. Nada más conveniente, para este funcionamiento, que la visión codificada de la subjetividad y de la vida expresada en modelos catalogados de enfermedad infantil.

En los significados de los profesionales de salud, más allá del espacio social, la enfermedad infantil se convierte en el objetivo a atacar, la misma es la falta de salud, la protagonista en la enunciación de los términos y en las relaciones establecidas, es decir,

se trabaja en función de la enfermedad y no el mantenimiento de la salud. Las prácticas son con niños, que de una u otra manera, están enfermos o merecen ser controlados desde una posible patología. El niño enfermo, como posición discursiva y objeto de las prácticas, tiene gran importancia tanto en la relación médico-paciente como en el despliegue de las técnicas médicas. Desde este postulado, sostenido no sólo por los médicos sino también por padres y docentes, se piensa a la salud infantil en el sentido de: -“El niño es sano cuando no está enfermo”-. La salud cobra sentido sólo en contraste con un estado de enfermedad.

Encontrar la nomenclatura de un síndrome o “el nombre de lo que tiene” resulta tranquilizador para las instituciones familia y escuela. Si bien no hay datos oficiales en la Argentina, en los EEUU el Instituto Nacional de Salud Mental dice que casi el 21% de los niños entre los 9 y 17 están diagnosticados con un trastorno acorde al DSM, en España los trastornos de ansiedad (TA), que son los trastornos psiquiátricos más frecuentes en niños, tendrían una prevalencia estimada que oscila según los estudios entre el 9-21% (Ruiz Sancho & Lago Pita, 2005).

Esta tendencia patologizante se observa en todas las representaciones analizadas, con un predominio de la concepción neurobiológica para describir los desvaríos del comportamiento. A pesar de que se reconoce en algunos casos la etiología social de alguna problemática, la misma, se resuelve en el plano individual del niño. Sea por carencia de formación integral de los profesionales o de los docentes o por una decisión técnica, el foco se posiciona en gérmenes, bacterias, alimentos, disfunciones, carencias o excesos en el plano individual. Estos elementos se aíslan de una estructura social compleja y dinámica. En los enunciados y prácticas se analizó que se trata de localizar los problemas sociales en los individuos, si bien son estos quienes sufren los efectos de aquellos. Este fenómeno de época va más allá del campo simbólico de la infancia (Castiel & Dardet Díaz, 2010).

Hay un entramado cultural que se expresa en las diferentes formas de entender la salud infantil y en un modo de sostener las prácticas relacionadas en cada espacio social. El sistema económico, caracterizado por la fuerza de los mercados pujando sobre las resistencias, a veces infructuosas de los estados, condiciona gran parte de la dinámica social. La lógica del mercado instalada en el campo de la enfermedad infantil, se expresa en el modo en como los productos farmacéuticos toman protagonismo en los tratamientos, en como los diagnósticos se adecúan a estos tratamientos y en como los diferentes actores con los que se desarrollan los niños expresan, con mayor o menor actividad, una adhesión



a este sistema (Peralta, 2005). Como se verá en próximos capítulos, esta coyuntura se expresa en docentes con prácticas sistemáticas de rotulación, en padres que medican sin diagnóstico previo o que piden remedios como garantía de atención y en médicos que ceden a estas demandas y focalizan la atención en variables bioquímicas.

Las respuestas asociadas a estas representaciones de enfermedad infantil, en donde el eje se pone en causas individuales y químicas, garantizaría la velocidad con la que los niños tienen que adecuarse a las normativas de las instituciones. Demostrando habilidades y disposiciones esperadas y controladas, la infancia se prepara para la inserción dócil y útil en un mundo laboral. La medicina ligada al biopoder se presenta como una disciplina de control de cuerpos y mentalidades (Foucault, 2002). Se ha analizado como niños en el Espacio Social II ya cumplen con jornadas de trabajo de más de 10 horas entre escuela, idioma, cursos específicos. En el Espacio I la enfermedad mental, que sustituye a un problema de comportamiento, emerge de una falta de adaptación a las reglas de la escuela. Los diferentes *habitus* de clases condicionan diferentes posicionamientos corporales y éticos, que asumidos o no, configuran las identidades posibles que se han descripto a lo largo del capítulo. Estas identidades, si bien ejercen en muchos casos una resistencia discursiva contra la hegemonía del poder del mercado, en el transcurso y desarrollo de las prácticas, esta confrontación se plantea con más dificultades.

La perspectiva biologicista omite el rol condicionante y modelador de la cultura en cada espacio social, se desentiende de las estrategias de cada comunidad y de las posibilidades de cada familia sobre el entendimiento y formas de abordaje de problemáticas. Tampoco el biologicismo permite discutir o reconocer la importancia de la dimensión política que atraviesa a cada sector, habilitando este hecho a que los actores desconozcan el sentido de políticas que forman parte de sus trabajos cotidianos (Corvalán, 2016).

El campo de la enfermedad infantil expresa esta dinámica social a través de las diferentes representaciones analizadas. Tanto estas, como las acciones, sólo pueden entenderse en la relación entre los actores y en función de un espacio social con características propias. Se vuelve a comprobar el supuesto de que la representación que tienen los encargados de la crianza están vinculados con las prácticas de los médicos de ese Centro de Salud, a su vez las prácticas docentes de la escuela del barrio se relacionan con la representación que tienen los médicos y los padres con respecto al rol de los docentes en ese lugar. La disociación y reducción de esta complejidad, como se ha visto

en gran parte de los estudios de representaciones sociales, o incluso en estudios epidemiológicos, no habilita a una comprensión que se adecúe a las características del fenómeno.

Otro fenómeno a destacar estudiado y mencionado líneas atrás, tiene que ver con la extensión de amplitud del sentido de lo patológico. Mientras que en los paradigmas normalizantes, la enfermedad se inscribía allí donde aparecía algo por fuera del promedio, en la actualidad el abanico incluye comportamientos infantiles que antes eran considerados comunes. Es decir, antes se patologizaba solamente a la diferencia, en la perspectiva presente, la “normalidad” también tiene algo de patológico.

### Referencias bibliográficas

- American Psychiatric Association., Kupfer, D. J., Regier, D. A., Arango López, C., Ayuso-Mateos, J. L., Vieta Pascual, E., & Bagney Lifante, A. (2014). *DSM-5: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (5th ed.). Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- APA, A. P. A. (2002). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV-TR*. Barcelona: Mason.
- Bauman, Z. (2003). *Modernidad Líquida*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- Berardi, F. (2003). *La fábrica de infelicidad*. Madrid: Traficante de Sueños.
- Bourdieu, P., & Pou, M. (1990). *Sociología y cultura*.
- Bunge, M. (2012). *Filosofía para médicos* (Primera). Buenos Aires: Gedisa.
- Camus, A. (2003). *La peste*. Buenos Aires: Editorial Sol 90.
- Capra, F. (1992). *El punto crucial. Ciencia, sociedad y cultura naciente*. Buenos Aires: Editorial Troquel S.A.
- Castiel, L., & Dardet Díaz, C. (2010). *La salud persecutoria: los límites de la responsabilidad*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Corvalán, F. (2013). Repensando las prácticas de salud y educación en las complejidades sociales. Descripción y análisis de una metodología de investigación acción participativa. *Psicogente*, 16, 197–208.
- Corvalán, F. (2016). Actitudes docentes acerca de la Asignación Universal por Hijo . Estudio comparativo ( 2010-2013 ). *Ciencia, Docencia y Tecnología*, 27, 117–140.
- Diario El Ciudadano y la Región. (2019, February 7). Una encuesta para el alerta: La mitad de los argentinos se automedica. Retrieved from

- <https://www.elciudadanoweb.com/una-encuesta-revelo-que-la-mitad-de-los-argentinos-se-automedica/>
- Foucault, M. (2002). *Vigilar y castigar: nacimiento de la prisión* (1era ed.). Buenos Aires: Siglo XXI Editores Argentina.
- Freud, S. (2000). La negación. In *Obras Completas Tomo XIX*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Geertz, C. (1990). *La interpretación de las culturas*. Barcelona: Gedisa.
- Goffman, E. (2010). *Estigma: La identidad deteriorada* (2da ed.). Buenos Aires: Amorrortu.
- Hipócrates. (1983). *Tratados Hipocráticos*. Madrid: Editorial Gredos.
- Janin, B. (1998). Aportes para pensar la psicopatología de la infancia y la adolescencia. *Revista Argentina de Psicología, Año XX, Nú.*
- Janin, B. (2002). ¿Fracaso escolar por dificultades en la atención o la falta de memoria? *Ensayos y Experiencias, 43*.
- Moscovici, S. (1979). *El psicoanálisis, su imagen y su público*. Buenos Aires: Editorial Huemul S.A.
- Organizacion Mundial de la Salud. (2004). Invertir en: Salud mental. *Book, 52*.  
<https://doi.org/10.17711/SM.0185-3325.2015.052.Supl1>
- Peralta, V. (2005). Ensayos clínicos, industria farmacéutica y práctica clínica. *Boletín de Información Farmacoterapéutica de Navarra, 13*(4).
- Pérez Marc, G. (2007). Filosofía de la enfermedad : vulnerabilidad del sujeto enfermo. *Archivos Argentinos de Pediatría, 105*(2), 134–142.
- Rossi Beati, B., & Sagastizabal, M. (2008). *Del Enseñar y el Aprender. Observatorio sobre las representaciones sociales del alumno, la escuela y el docente*. (UNESCO & CONICET, Eds.). Rosario: UNR Editora.
- Ruiz Sancho, A. M., & Lago Pita, B. (2005). Trastornos de Ansiedad en la niñez y adolescencia. *AEPap Ed. Curso de Actualización Pediatría, 265–280*.
- Sacks, O. (2008). *El hombre que confundió a su mujer con un sombrero*. Barcelona: Anagrama Compactos.
- Sandín, B. (2013). DSM-5: ¿cambio de paradigma en la clasificación de los trastornos mentales? *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica, 18*(3), 255–286.
- Temporetti, F. (2008). Retos educativos del siglo xxi desde la perspectiva de america latina. *Universidad Nacional de Rosario*.
- Temporetti, F., Augsburg, C., Bertolano, L., & Enría, G. (2008). *SALUD MENTAL*

*EN LA INFANCIA. ESTUDIO EPIDEMIOLOGICO DE LA POBLACIÓN 3-13  
AÑOS EN LA CIUDAD DE ROSARIO.* Rosario.

- Terzagui, M. (2008). Los niños y los diagnósticos. Certezas e incertidumbres. Dossier científico. *Revista Del Colegio de Psicólogos. Distrito XI.*
- Ugalde, A., & Humedes, N. (2009). Medicamentos para lucrar . La transformación de la industria farmacéutica Pills for profits . The transformation of the pharmaceutical industry. *Salud Colectiva*, 5 (3), 305–322.

## Capítulo 7. La educación y las representaciones de salud y enfermedad infantil

### I. La educación y/o la salud-enfermedad

“¿Qué sabíamos los hijos de las familias burguesas de la “vida”? Sabíamos, ante todo, que existían los señores y que ser un señor era algo bueno, y que existían también otras personas, menos definidas, que estudiaban gratis por ser humildes, o sea, pobres, y por los cuales debíamos sentir solidaridad...”

(Marai, 2004, p.174)

*Educare o educere*, extraer, desarrollar o incorporar, meter, formar... el concepto de educación alterna con el “toma y daca”, con las concepciones sobre conocimiento y también con la ontología del ser humano. Tomar un posicionamiento sobre el significado de educación se corresponde con una postura acerca del modo en como se conoce, el para qué se conoce, quiénes participan y en dónde. Pero el acto educativo más allá de la variable gnoseológica ya que forma parte del modo en como nos realizamos en una cultura (Bruner, 2014). De tal modo, las diferentes perspectivas del saber humano tienen algo para aportar al área educativa: Pedagogía, Psicología, Sociología, Biología, Antropología, Ciencias Políticas, Ciencias Económicas, Historia, etc.

La educación es un fenómeno humano universal, inevitable, cultural, político, intencional e institucional (Temporetti, 2016). En la época actual se solapa el significado de la educación con una de las formas en la que la misma adquiere organización a partir de la modernidad, es decir, con la escolarización, la entendida como educación formal (Sirvent, 2006). Pero esta educación formal es solo una de las posibilidades de la educación, en donde se postula una obligatoriedad, un pacto reglamentado entre alguien que enseña y alguien que aprende y una respuesta institucional a una demanda de una sociedad determinada. Entonces la educación, como acción humana de transformación entorno a una cultura, puede materializarse en las lógicas de una escuela. En esta organización participan varios actores, entre ellos docentes, cuya función primaria es la de enseñar, transmitir, comunicar y escolarizar.

A lo largo del trabajo de campo y luego de analizar el material de las entrevistas, un punto en donde han coincidido los encargados de la crianza, más allá de las diferencias en los espacios sociales, es que la escuela es una institución clave a la hora de pensar la infancia, en su desarrollo y futuro. Otro punto del análisis tiene que ver con que la educación, ya sea en referencia a la escuela o a alguna otra institución educativa formal, no aparece vinculada de manera directa a una cuestión de salud sino como el lugar en donde el niño puede expresar sus problemas de salud, es decir con la enfermedad. Es la escuela una oportunidad para la manifestación de la enfermedad del niño (Corvalán, 2013a). Todo el proceso terapéutico estaría desligado de los quehaceres de la institución escolar más allá de algunas excepciones puntuales. Cuando se habla de salud se remite a la especificidad del campo médico, cuando se piensa en los procesos terapéuticos, ya sea en enfermedades de orden biológico, como aquellas de “especificidad mental”, muy poco se hace referencia a la participación de los docentes.

En capítulos anteriores se trabajó en la dicotomía salud-enfermedad, que ha sido y es objeto de clasificaciones varias acorde a *habitus* de clase o espacios sociales. Se ha visto como las representaciones de los profesionales médicos presentan diferencias con respecto a las representaciones de los padres y docentes, con más significados específicos acordes a la formación y rol profesional. Las prácticas médicas, focalizadas por lo general en la dimensión biológica, sostienen técnicas que apuntan a mantener con vida (Espacio Social I) o a reproducir un modelo de ciudadano con determinadas habilidades y capacidades vinculadas a la “calidad de vida” (Espacio Social II).

Cuando la búsqueda de supervivencia llega a dominar el sentido de la práctica médica, la dimensión cultural y la instancia de valores comunitarios que forman parte de las personas, se reduce. Es decir, el sujeto, que está siempre en un proceso de culturalización (Bruner, 1990), en donde es portador de una historia y de posicionamientos subjetivos, se vuelve exclusivamente un conjunto de procesos físicos y químicos. Poca importa si el niño es de una comunidad aborígen, sus padres son inmigrantes de otra región<sup>1</sup> o si tiene o no un proyecto de vida. El tratamiento apunta a mantener con vida y esta lógica, constituye un acto educativo hacia los encargados de crianza y también hacia docentes. Un efecto de este intercambio se expresa en dos disociaciones. La primera tiene que ver con separar, en el proceso terapéutico, lo

---

<sup>1</sup> En el Espacio Social I el 25.9 % de los progenitores son migrantes de provincias del Norte del país, provincias con mayores índices de pobreza y exclusión social.

biológico con lo histórico-cultural. La segunda, con disociar el trabajo terapéutico de un trabajo educativo o bien el trabajo educativo (específicamente escolar) de un trabajo por la salud de los niños.

Las representaciones que los padres tienen sobre la salud de sus hijos están vinculadas con las interacciones y las prácticas médicas, ya que estas, no solo actúan sobre el cuerpo del niño, sino también sobre la atmósfera simbólica en donde se desarrollan las concepciones de los padres. Otra dimensión del poder educativo de esta práctica sanitaria tiene que ver con el sentido ontológico que sostiene la praxis y las expectativas acorde al espacio social. Hay una idea de ciudadano, de buena forma, de ser humano, en cada acción médica. Cuando se fijan en un niño las condiciones de normalidad en relación a determinadas habilidades específicas que tiene que demostrar (inteligencia, atención, comportamiento), la salud y enfermedad actúan como marcadores de estilos de desarrollo y de vida. Hay determinados comportamientos, por ejemplo, relacionados con la violencia, que son vistos como patológicos si los sostiene un niño de determinado sector social y son normales si los ejecuta un niño de otro contexto (Duschatzky & Corea, 2002). Hay comportamientos catalogados como positivos que sorprenden cuando aparecen en niños de contextos de vulnerabilidad.<sup>2</sup> Estos condicionantes van organizando las acciones y representaciones tanto de los niños como de todos los actores que actúan en su desarrollo.

Más allá de este amplio plano educativo, en donde la educación integra toda actividad humana que genera transformaciones culturales, se reconoce en la educación formal, la escolar, una institución referente para toda la sociedad. Esta se ajusta a una obligatoriedad curricular que trasciende contextos sociales particulares y se plantea como universal y obligatoria. La institución escuela se encuentra ligada al futuro inclusive en aquellos espacios sociales en donde el futuro se plantea como incierto, como un momento inespecífico y difícil de imaginar (Corvalán, 2013b). Es el lugar en donde se puede aprender y generar condiciones para quizás el día de mañana tener un oficio y trabajo. Si bien el poder asistir a la “escuela”, “aprender”, “estudiar” y “conocer cosas nuevas” constituye una garantía para ser alguien, esta acción no se la reconoce como una dimensión de implicancia directa en la salud. A pesar de los roles de cuidados que se les

---

<sup>2</sup> Pediatras en el Espacio Social I estaban sorprendidos porque una niña era brillante alumna a pesar de que su madre tenía graves problemas con el consumo de sustancias. Registro de observaciones en el Espacio Social I Centro de Salud.

reclama a los agentes escolares, el vínculo entre educación y salud no aparece dado en las representaciones de forma espontánea.

En los tiempos actuales los desafíos a la institución escolar, diseñada en consonancia con los estados modernos, demanda a los docentes una actividad indeterminada entre la contención social y la enseñanza de contenidos básicos generales (Tenti Fanfani, 2013). Las transformaciones en las familias, los requisitos de una sociedad cambiante, el rol de los medios, las nuevas formas de habitar la infancia, reclaman nuevos pactos institucionales que reactualicen la convivencia moderna entre “una familia que educa y una escuela que enseña” (Temporetti, 2008).

La identificación de la educación con escolaridad aparece más que nada en los encargados de la crianza y en los médicos, no así en los docentes que hacen hincapié en “la educación dentro de la familia”. En las representaciones docentes está claro que el primer contexto educativo en el desarrollo del niño es la familia. Forma parte del sentido común en las escuelas la idea de que “los encargados de que los hijos reciban una buena educación deben ser sus padres”, luego serán las diferentes instituciones las encargadas de completar la formación e instrucción del niño. La escuela más que educar se encargaría de la enseñanza. Si bien la educación, por parte de las docentes, es un hecho que debe involucrar a diferentes actores, la temática de la salud infantil si debe ser trabajada específicamente por los profesionales del campo de la salud (médicos, psicólogos, neurólogos y demás especialistas). Se reproduce nuevamente la disociación entre educación y salud.

La contradicción en la disociación descrita entre salud y educación se manifiesta en el siguiente hecho. Si bien los encargados de trabajar con la salud y los procesos terapéuticos, son los médicos y demás profesionales, es la escuela un lugar propicio para la detección de patologías y son los docentes los testigos directos. En el rol del “docente diagnosticador”, analizado en capítulos anteriores, se constató que en función de la información que reciben los docentes desde distintas fuentes, se emiten juicios inmediatos con respecto a la situación patológica del niño. Las problemáticas del aprendizaje son resueltas en relación a algún diagnóstico o problema de salud. Podría decirse precisamente que la escuela no aparece ligada a la salud pero si con la enfermedad. El fracaso escolar se ha patologizado ya que algo malo sucede en el niño que no cumple con los puntos esperables del proceso escolar. El camino de la construcción de conocimientos queda solapado por el aprendizaje de hábitos de comportamiento y a la pertenencia a



determinados grupos sociales. Ser expulsado de este camino oficial es también quedar por fuera de una red productiva (Janin, 2002). En cada espacio social se demanda determinado tipo de actitudes para el logro de los metas, en el Espacio Social II, existe una relación en el campo de representaciones docentes entre el “modelo empresario” y el modelo de alumno ideal, la obligatoriedad de que los niños den cuenta de idiomas, competencias de resolución de problemas hasta habilidades empresariales<sup>3</sup>. En el Espacio Social I, las expectativas se reducen a un alumno que pueda permanecer en una institución con reglas y cumpliendo mínimos requerimientos de control. Ante estas diferentes predisposiciones y posibilidades la patología aparece como respuesta.

## II. La enfermedad infantil como respuesta

Hay una sospecha de patología cuando no se logran los objetivos escolares en los tiempos justos. La dispersión, el retraso, el desorden, los desvíos y demás signos leídos como patologías suceden cuando no hay sintonía entre un “desarrollo normal” y los objetivos institucionales. Prevalece en el proceso escolar una representación del desarrollo del niño a la manera del infante moderno que se presenta ante un docente que tiene que impartir conocimientos (Baquero, 2011). Este rol directivo del docente se suele justificar a través de dos tipos de creencias, más o menos explícitas, sobre los alumnos o estudiantes. En una de estas creencias el niño presenta propiedades como: ignorancia, inmadurez, impulsividad, irracionalidad, proclive al error, tendencia a seguir el camino equivocado, malicia... que deben ser paliadas por un maestro, profesor o experto (emisor) que enseñe, controle, discipline, haga madurar y transforme al alumno en un ser racional, ilustrado y encarrilado por los senderos “bien pensar” y del “bien hacer” (Temporetti, 2015). La objetividad, la civilización, el esfuerzo, la disciplina y el orden aparecen como ideales a cumplir. En otra creencia, la intervención escolar se justifica en una concepción materialista y mecanicista del ser humano, de fuerte contenido empirista y racionalista. El “a-lumno” es un ser que debe ser llenado de conocimiento ya que todo lo que sabe proviene de la experiencia, en sus inicios es un organismo vacío y desorganizado.

---

<sup>3</sup> Hay numerosos concursos en escuelas en donde los estudiantes participan de competencias de toma de decisiones simulando dirigir empresas, por ejemplo Junior Achievement, que tiene el objetivo de “acercar las empresas a las escuelas.”

La opción de rever el sistema escolar presenta la dificultad de transformar una institución que, más allá de ser criticada, cuenta con el peso histórico de una institución legitimada y que además ejecuta políticas acorde a decisiones de Estado o del mercado según el momento histórico. Las configuraciones del sistema educativo expresan e instituyen modos de representación de la infancia y de su educación. Como investigó Campos (2011), en los países con tasas más elevadas de pobreza y con ajustes recientes en la educación, se observa una gran similitud entre las orientaciones educativas y las sugerencias presentes en los documentos de los organismos multilaterales (UNESCO, UNICEF, CEPAL). Durante mucho tiempo en los países de la región, los programas de combate a la pobreza se rigen bajo las directivas de estos organismos y con el “soporte” financiero del Banco Mundial o el Banco Interamericano de Desarrollo.

A pesar de las muchas dificultades que se le reconocen, la escuela continúa siendo un lugar de referencia para todas las clases sociales. Un punto de contradicción es lo que se espera de la escuela y lo que la escuela está dispuesta a ofrecer. Los encargados de crianza esperan de la escuela una serie de conocimientos y valores en función de controlar la conducta de los niños y la escuela en su propuesta se piensa en función de construir con el niño y con sus familias. Al igual que en investigaciones analizadas (Rossi Beati & Sagastizabal, 2008), en este estudio se observa como las familias demandan un modelo conductista para el trabajo con los niños, con control y predicción, y sin embargo la escuela propone una perspectiva constructivista del aprendizaje, con sus limitaciones en las prácticas pedagógicas. Esta idea constructivista, tiene que analizarse en su materialización en las prácticas docentes ya que forma parte del modo en como los docentes enuncian su posicionamiento teórico vinculado al proceso de los niños.

Desde las teorías pedagógicas y psicológicas, que reflexionan y teorizan sobre la educación, se reduce la complejidad de los fenómenos educativos a una cuestión centrada en el “sujeto en situación de aprendizaje” (Baquero & Limón Luque, 2014). Gran parte de la literatura didáctica, que forma parte de la formación docente, concibe una inteligencia del niño, un “sujeto pedagógico”, estrategias universales de enseñanza-aprendizaje, “teorías del aprendizaje” y demás conceptos que, si bien se embanderan en posiciones “constructivistas”, no trascienden de un niño aislado ubicado en un ambiente escolar. La diferencia de enfoques conductistas criticados solo estaría en el reconocimiento de un “sujeto activo”. La referencia a autores como Vigotsky y Bruner, apelando a la importancia que estas perspectivas le dan al contexto social y cultural, no

trasciende de una postura teórica que hace de la “zona de desarrollo próximo” o del “andamiaje” conceptos fragmentados. El niño aparece en una relación formal con el contexto, la construcción que realiza es gradual, programática y progresiva. El rol activo no va más allá de cumplir con ciertas formalidades propias de un niño de esa edad ante un medio social habilitante. El contexto se entiende como un conjunto de componentes variables que junto con el contenido y el sujeto conforman la situación de aprendizaje (Rogoff, 1990). No se hace referencia, en este contexto social, a los otros sujetos que también son fundantes del acto educativo, en el caso de la escuela, la subjetividad del docente como otro agente protagónico, también la subjetividad de otros actores que participan de la institución escolar directa (directivos, personal no docente, profesionales con los que cuente la institución, etc.) e indirectamente (las dimensiones educativas no formales que se han reconocido que conforman el campo simbólico de la infancia).

Coincidiendo con lo que plantea Linaza Iglesias (2002), la forma en que consideramos al conocimiento, al sujeto que aprende y al proceso de transmisión de ese conocimiento, está estrechamente vinculado a nuestra forma de enseñar. La relación es íntima entre estas teorías, la formación docente, el modo en como se asesora a los dispositivos pedagógicos y el modo en como se concibe al niño en su salud o enfermedad. Las expectativas del docente con respecto al niño juegan un rol fundamental en el proceso pedagógico. Las teorías de la mente que sostenga este docente conducirán a plantear una estrategia de transmisión de conocimientos afín al modo en cómo atribuye al niño determinado pensamiento, disposición afectiva y predisposición para el acto educativo. Dentro de este entramado de suposiciones, la representación acerca de la salud infantil también participa del juego de expectativas en el cual la enseñanza se sostiene. Gran parte de los docentes adjudican el fracaso escolar a “problemas cognitivos”, el movimiento incontrolado remitiría a cuestiones cerebrales que alteran el comportamiento y no a condiciones materiales de vida o formativas del niño<sup>4</sup>.

Las ventajas operativas de patologizar el fracaso escolar se argumentan en la simplificación de un problema coyuntural en un problema individual y por lo general biológico. Situar dentro de un sistema nervioso alterado, la piedra angular de las

---

<sup>4</sup>En una de las entrevistas realizadas en el Espacio Social I (Entrevista 3), la madre comentaba que su hijo había sido diagnosticado como “hipekinético”. En el hogar se pudo observar que no existía un lugar definido para sentarse, un lugar donde el niño pueda quedarse quieto, ni tampoco un lugar donde ubicarse para comer.

problemáticas sanitarias y educativas infantiles, reduce el campo de intervención a un sujeto tan manipulable como vulnerable. Los estilos de vida de los adolescentes también se han vuelto patológicos y las escuelas se han hecho eco de esto. Características de las acciones que podríamos describir como representativas de un momento del desarrollo, son consideradas desde determinados enfoques metodológicos como índices de comportamientos de riesgo. Chen (2003), a través de la Escala de promoción de la salud adolescente (Adolescent Health Promotion scale), propone una escala de 40 ítems para detectar conductas no saludables. Dentro de estos ítems se evalúa el apoyo social, aprecio a la vida, la responsabilidad en la salud, los comportamientos nutricionales, conductas de ejercicio y control del estrés. Aquellas manifestaciones que no cuadren dentro de este amplio mapa de conductas es señal de riesgo. La salud persecutoria, como la llaman algunos autores (Castiel & Dardet Díaz, 2010), genera culpabilización de las víctimas, evaluación negativa de los estilos de vida y efectos iatrogénicos en la vida de los niños y adolescentes. Todas las dificultades sociales se decantan en el individuo escolar, en sus comportamientos y modos de estar en el mundo, en lo que se espera de él.

A lo largo de este apartado se ha visto como los vínculos tradicionales entre las instituciones bases de la modernidad han ido cambiando y generando conflictos y contradicciones. La complicidad entre las escuelas, las familias y el rol de los agentes sanitarios, ha supuesto nuevos desafíos. “La Escuela”, una institución del Siglo XIX, ícono de la modernidad, en la que trabajan docentes del Siglo XX y que se encuentran con el desafío de formar a niños del Siglo XXI, que habitan la modernidad tardía o la posmodernidad. La escuela se ha definido tradicionalmente como el lugar socio-cultural de formación de los ciudadanos, pero el devenir histórico ha dado nuevas cualidades a las relaciones sociales, a la configuración de las sociedades y por lo tanto a las características de los sujetos que participan. Las nuevas tecnologías, el rol de los medios de comunicación, las políticas educativas, el modelo neoliberal histórico...cambiaron la lógica en como se definen los objetivos educativos y escolares. La escalera ascendente escolar en la que ingresa el niño, más allá de su contexto, en la que paso a paso deberá ir cumpliendo objetivos para certificarse como ciudadano competente, debe convivir con un sistema de enseñanza que incluye la hipertextualidad, la hiperinformación y demandas educativas insólitas. Los “niños tecnológicos” o los “niños en situación de calle”, reclaman estímulos de diferente naturaleza, son sujetos con múltiples esquemas de desarrollo y presentan necesidades sociales complejas (Temporetti, 2015). El espacio

social donde la crianza y la educación se desarrollen condiciona el clima simbólico que nutre las acciones sobre las infancias.

### III. La cultura actual y el lugar de las escuelas

Entre las características de la cultura actual que expresan sociólogos, antropólogos y demás teóricos sociales (Bauman, 2003; Han, 2012), es la idea de inmediatez un principio ilustrador de los tiempos que corren. El aquí y ahora, la velocidad con la que se esperan los resultados, la rapidez con la que se deben definir situaciones, conforman un clima de predisposiciones que condiciona las acciones, los modos de percibir los procesos y a la temporalidad presente en las estrategias de trabajo cotidiano. En las entrevistas realizadas a docentes, por ejemplo, se manifiestan las exigencias institucionales por conseguir resultados inmediatos, las dificultades para organizar proyectos a largo plazo y la influencia de toda esta coyuntura en los proyectos pedagógicos y los proyectos de vida de los niños. A lo largo de este apartado se van a analizar algunas características de la cultura actual, su relación con los diferentes espacios sociales y como esto incide en la acción educativa.

En la acción educativa, la salud y la enfermedad infantil, aparecen como un significado más en relación con las características de la cultura. En el pacto educativo se supone un modo de estar sano y también un modo de no estarlo. La variable tiempo participa también en la organización de expectativas, la implementación de estrategias didácticas y en la búsqueda de objetivos. Pero: ¿cómo se asume la acción de educar ante la imposibilidad de un futuro o ante la urgencia objetivos inmediatos? ¿De qué modo la idea de inmediatez condiciona las prácticas con la infancia?

Varios estudios (Corvalán, 2013b; Rossi Beati & Sagastizabal, 2008), acompañan la idea que plantea la incompatibilidad entre un proyecto educativo y sanitario y el modo en como se asume hoy la temporalidad y desarrollo de los niños. A pesar de esta propuesta de la época, en los diferentes espacios sociales la urgencia se instala de diferentes maneras. Por un lado, en el Espacio Social II, la imagen de lo que el niño tiene que ser en un futuro está tan presente, que él mismo, en su infancia, debe demostrar cualidades del

mundo adulto. Eficiencia, resolución de conflictos, manejo de idiomas, habilidades comerciales... son competencias que el niño debe demostrar en una rutina apta para tal fin. El proceso o el tiempo de espera, tan importante para la infancia, quedan relegados en actividades formales de una carga horaria completa. Las docentes de este espacio denuncian que los niños muchas veces presentan estrés y cansancio extremo, esto está en consonancia con estudios que describen como, patologías que antes eran exclusividad del mundo adulto, ahora también se presentan en la infancia (Dueñas, 2011). Por otro lado, en el Espacio Social I, algunos estudios han analizado la categoría de proyecto de vida en relación a la salud infantil (Corvalán, 2013b; Temporetti, Augsburg, Bertolano, & Enrí, 2008). El “día a día”, que manifiestan los encargados de la crianza de los niños y también los docentes, reemplaza la posibilidad de imaginarse en unos años o inclusive en meses a futuro. Las madres entrevistadas no se proyectan a futuro y las docentes entrevistadas, en sintonía, se adecúan a cumplir solamente con objetivos pedagógicos inmediatos ya que reconocen la dificultad de pensar más allá de lo cotidiano.

Se pueden entonces reconocer dos posiciones generales. Cada una de estas posiciones da cuenta de como la temporalidad, organizada por la cultura, impacta en los proyectos educativos. Estos dos modos de asumir el tiempo son relativos a los espacios sociales. En el espacio de mejores condiciones de vida, el futuro coacciona al presente, en un niño con rutinas diarias, intensas y cargadas de actividades que deben dar cuenta en el hoy que es lo que va a hacer “cuando sea grande”; en el otro espacio social, el de privaciones en relación a las necesidades básicas, el presente eternizado de un niño que busca sobrevivir en lo cotidiano cerca la posibilidad de un futuro. ¿Cuál es el lugar de la educación y sus actores sin el largo plazo? ¿Cuáles son las expectativas que tienen los docentes sobre los niños según el espacio social al que pertenezca?

El alumno paradigmático, el que se espera, tiene que cumplir con los logros deseables y esperables al momento de desarrollo específico, presentar conductas apropiadas a su momento vital. Aparece en el ideal pedagógico la idea de un niño natural con competencias definidas, al modo *consensus gentium*, que acorde a su momento del desarrollo debe dar cuenta de su naturaleza (Geertz, 1990). En vez de pensar en una naturaleza y cultura fluctuantes, que inciden en los diversos modos de habitar la infancia, el sistema escolar tiene una concepción lineal acerca del tiempo y el desarrollo. Pero ¿qué es lo que se considera como un parámetro de competencia? Lo que se valora positiva o negativamente, acorde a la comparación entre los dos espacios analizados, responde a

una perspectiva de clase. Tendría que ser más bueno, prolijo, organizado, normal y esperable el modo en como los niños del Espacio Social I se desarrollan. El reflejo de esta actitud y concepción docente en la percepción de los niños puede generar una autoevaluación negativa y sentimientos de pesimismo e incapacidad. Esta situación, manifestada por docentes, es sostenida con supuestos y actitudes negativas hacia la situación de vulnerabilidad de algunos niños, como lo expresan investigaciones sobre la temática (Corvalán, 2016b). Este conjunto de disposiciones, asumida o no, incide de manera negativa en un principio educativo habilitador de principios básicos para la educación, como la valoración del yo y del autoestima, tan necesarios para un acto educativo democrático y afín a una igualdad de posibilidades (Bruner, 2014).

Lo que esperan las docentes en el espacio social de malas condiciones es muy diferente al espacio social de muy buenas condiciones, tanto en lo que hace a las expectativas de los docentes sobre las familias, como a las expectativas sobre el mismo niño en sus posibilidades de desarrollo. Para los primeros “el buen alumno” es aquel que se “porta bien”, puede socializar y controlar el movimiento. Así mismo, el fracaso es asociado a cuestiones de precariedad social y marginalidad cultural por parte de los encargados de crianza (falta de apoyo escolar, desnutrición, condiciones de vida, higiene). Para las docentes Espacio Social II “el buen alumno” tiene que dar garantías de habilidades técnicas o bien cognitivas, el ser exitoso en un futuro actúa como un objetivo a cumplir en el presente. Se pondera una calidad de vida que incluye un estado emocional óptimo articulado con competencias múltiples. El fracaso en este esquema se relaciona con el hecho de no alcanzar el nivel de desarrollo esperado, configuración en la que se relacionan aspectos cognitivos y/o problemáticas familiares puntuales (separaciones, nuevo hermano, falta de dedicación parental). Los niños que gozan de pertenecer a un sector social favorecido en cuanto a condiciones económicas, parecieran tener, en las representaciones docentes, cualidades necesarias para el logro de los objetivos académicos. Las problemáticas posibles nacen en función de actitudes personales del niño o de situaciones específicas de su coyuntura familiar, pero las potencialidades de este niño actúan como habilitantes del logro educativo y social.

La OMS (1998), en sintonía con lo planteado en el párrafo anterior, destaca el papel de las habilidades individuales de vida para producir comportamientos adaptativos y positivos. En relación con la educación formal, deja entender que estas habilidades tendrían que ser enseñadas desde la fase escolar del niño y son estas habilidades las que

le permitirán enfrentar las demandas y desafíos de la vida. Pero esta articulación que plantean ciertos organismos y actores, con respecto a la relación entre salud y educación es entendida de manera particular por las docentes dependiendo del niño con el que trabajan en lo cotidiano.

Las docentes efectivamente se asumen así mismas como garantes del proceso de enseñanza y aprendizaje. Desde aquí van articulando didácticas acordes con los objetivos institucionales, con propuestas curriculares que intentan adecuarse al nivel esperable de desarrollo. Ahora bien, las docentes de todos los espacios sociales reconocen limitaciones para actuar en el plano sanitario. Desearían tener más conocimientos con respecto a problemáticas sociales (Rossi Beati & Sagastizabal, 2008) como así también a cuestiones relativas a cuidados de salud (enfermería, psicología, psicopedagogía). Entre las dificultades para trabajar las problemáticas que reconocen se encuentran la falta de contención, por parte de las instituciones y por parte del Estado (Corvalán, 2016a). También reconocen las docentes la fragmentación que existe entre las instituciones que se encargan del cuidado de la infancia, entre ellas la familia y los profesionales de salud.

Entre las causas que reconocen las docentes de las enfermedades infantiles encontramos: mala higiene, mala alimentación, abandono familiar, descuidos en el embarazo, adicciones, violencia social, en el Espacio Social I. En el Espacio Social II aparece el sedentarismo, el abandono familiar, falta de presencia de los padres en las rutinas, causas emocionales hereditarias o genéticas, falta de límites, sobre-estimulación. Dentro de las enfermedades que mencionan están: TGD, TDH, hiperactividad, retraso mental, problemáticas del aprendizaje, problemas congénitos, problemas familiares, alergias, asma, gastroenteritis, fiebre, Síndrome de Down, Trastornos del habla y lenguaje. Es oportuno analizar, en esta enumeración que hacen los docentes, la ausencia de un criterio diagnóstico claro que permita diferenciar entre trastornos, síndromes, síntomas, enfermedades y signos. Cabe mencionar, que dentro de las causas que hacen a la etiología, en ambos espacios mencionan la cuestión del abandono, aunque en lo que hace a la falta de alimentación esto se encuentra solo en el Espacio Social I.

Los docentes reconocen que cada vez hay más niños medicalizados y también más niños enfermos. Por lo que manifiestan, les llega un niño diferente al que han imaginado desde su formación y esperan otro tipo de acompañamiento de las otras instituciones. La educación en los primeros momentos del desarrollo, que es entendida como la base para un proceso pedagógico “normal”, se encuentra derivada al rol de los padres y muchas



veces está ausente. Ante estas dificultades, la escuela y específicamente las docentes, deben encargarse de estas carencias afectivas que permitirían entablar un proceso de enseñanza y aprendizaje. La familia, de acuerdo al discurso docente, no siempre puede sentar las bases para que el rol docente pueda ejecutarse. Este rol es leído de diferentes maneras acorde al tipo de niño que deben contribuir a formar.

La contradicción entre las responsabilidades con respecto a cuidados elementales es notable, mientras que para los docentes son los padres lo que deben educar en cuestiones tales como el control del movimiento, disposiciones básicas para socializar, cuidados higiénicos, etc... los padres asignan responsabilidad de enseñanza en estas materias a los maestros. Esta situación plantea una variante en lo que hace al espacio social. En el Espacio Social I, la delegación al docente de la transmisión de pautas de conducta y buen comportamiento permitiría el logro de un saber que derivaría en la adaptación social y el cumplimiento de expectativas en cuanto al futuro. Ahora bien, en el Espacio Social II se delega y demanda, no tanto la formación en cuanto a control de la buena conducta y cuidados higiénicos, sino más bien, la acción consecuente para la conformación de una personalidad con garantías de valores morales, competencias para el trabajo y desarrollo de habilidades formales, tales como leer, escribir, sumar, restar...

Luego de trabajar los efectos de la inmediatez, las expectativas docentes en cuanto a la salud y las representaciones vinculadas a los cuidados actuales, otra de las características de la cultura contemporánea trabajada es la tecnología y sus efectos. Las tecnologías de comunicación e información configuran nuevos modos de vínculos y relaciones con el mundo, por lo tanto inciden en la misma ontología humana y por supuesto en los procesos educativos. Esta inserción del ser humano en el mundo tecnológico va más allá de la disposición o no de las tecnologías, hasta en sectores de pocos recursos económicos se pueden encontrar dispositivos de comunicación o radiodifusión desarrollados. Las infancias actuales están en íntima relación con estas tecnologías, afectando sus modos de percibir el mundo, los métodos para entrar en contacto con los objetos, las estrategias de juego y de vincularse. El niño está expuesto desde el vamos a una lógica de estímulos multidimensionales, con diferente intensidad y naturaleza sensorial, presentando esto un desafío a la educación formal en su pedagogía tradicional. En un momento del desarrollo se le pide al niño que preste atención a la voz de una docente, a un mismo estímulo por un tiempo prolongado. La incoherencia de esta propuesta, con toda la trayectoria perceptiva del niño, produce una contradicción y un

posible campo fecundo para diagnósticos y detección de problemas de aprendizaje. Los síndromes y patologías infantiles, si son realidades neuro-genéticas, como en muchos casos se intenta justificar, son impermeables a reflexiones institucionales, pedagógicas y culturales.

Según investigadores del sistema educativo y de los procesos cognitivos del aprendizaje (Dueñas, 2011) la escuela continúa formando subjetividades como si se tratara de escribas de la antigüedad o copistas medievales. La transformación necesaria, tendría que comprender una didáctica que integre la pedagogía implícita en las nuevas tecnologías con las didácticas posibles en los espacios institucionales, un trabajo de recibir información e interpretar textos con un ejercicio que incluya la navegación por los hipertextos con sus múltiples conexiones posibles.

Otra vertiente del paradigma propuesto por las tecnologías es la importancia educativa que tienen los medios de comunicación, en su configuración de modelos de vida y en la transmisión sistemática de información. La eficacia de los medios es tan grande que reemplaza la didáctica lineal, escrita y mecánica de la escuela por otra visual, auditiva, musical, cinematográfica, interdisciplinar, informatizada y escénica (Redacción, 2007). Esta cultura de movimiento y colores, atrayente, lúdica y muchas veces evasiva, compite con la de los pupitres y pizarrones, brindando interpretaciones de los acontecimientos y modos de estar en el mundo. Estos productos configuran la opinión y percepción pública, definen un modelo de niñez y de sociedad diferente al retrato clásico de los valores escolares. En esta batalla por el dominio del público, los medios de comunicación parecieran ser más efectivos, en la producción de aprendizajes y de socialización de los sujetos, en desmedro de los instrumentos utilizados por el sistema formal educativo.

La inmediatez, las nuevas tecnologías, el rol de los medios de comunicación, las “nuevas infancias” y las diferencias sociales, configuran un conglomerado de valores y signos culturales de los cuales las concepciones y prácticas docentes presentan un posicionamiento expresado en sus representaciones sociales. De los estudios consultados, se ha visto, que más allá de la coincidencia en las características generales descriptas del momento histórico actual, es necesaria la relativización en función de las diferencias sociales. Ningunas de las características señaladas tienen el mismo sentido ya sea en un espacio social o en el otro, las representaciones sociales se nutren de estas particularidades y cobran un nuevo significado.

### III. La Escuela como el lugar de la enfermedad infantil

“Solo la escuela proporcionaba esas alegrías a Jaques y Pierre. E indudablemente lo que con tanta pasión amaban en ella era lo que no encontraban en casa, donde la pobreza e ignorancia volvían la vida más dura, más desolada, como encerrada en sí misma; la miseria es una fortaleza sin puente elevadizo.”

Camus (1994, pp. 127-128).

Los problemas de salud y enfermedad se alojan en el niño. En la lógica de las propuestas escolares, es al niño al que le cuesta aprender y por lo tanto sería portador de una enfermedad. Las prácticas y enunciados sobre los problemas, más allá de críticas institucionales, referidas a la falta de recursos o formación y más allá de familias disfuncionales y los contextos nocivos reconocidos, apuntan a que los problemas de salud y de aprendizaje lo tiene un niño.

Las docentes del Espacio Social I, con alto índice de NBI, consideran que las dificultades de los niños están vinculadas a la carencia de incentivos y motivaciones familiares, sumado esto a que los modelos de identificación de estos niños en su hogar distan de ser modelos ligados a trabajos académico. Las problemáticas para desarrollar las competencias específicas se sostienen por la falta de un adecuado acompañamiento en los hogares. Las privaciones se expresan en la falta de normas de higiene y en problemas de nutrición, que junto a la: delincuencia, drogadicción, violencia familiar y falta de medios materiales y servicios básicos, preparan a un sujeto muy complejo de ser abordado pedagógicamente. Skinner (1994) fue uno de los precursores de esta lógica ambientalista a la hora de pensar la causa del comportamiento y la conformación de “lo mental” en donde lo psíquico no es más que un epifenómeno ligado a estímulos físicos-sociales. Esta

infancia se encuentra determinada por las condiciones mismas de existencia<sup>55</sup>, en diferente grado, los docentes se predisponen a trabajar con un niño formado en estas precariedades.

Los docentes que trabajan en lugares en donde no hay NBI no mencionan las problemáticas anteriores tales como delincuencia, desnutrición, falta de medios materiales y servicios básicos. Si mencionan la temática del abandono, en este caso, porque ninguno de los padres se encuentra el tiempo suficiente en el hogar por sus respectivos trabajos. También mencionan la problemática de las presiones y cargas horarias intensas que tiene el niño y en menor medida la cuestión de las adicciones (ya en la adolescencia) y violencia entre pares (bullying). Pero en estos casos, los malestares no son causados directamente por un ambiente hostil, lleno de carencias; por una parte se reconoce que “el tener todo” podría ser un problema y se describe a una nueva infancia que tiene características psíquicas diferentes, conectada a las redes, hiperkinética y demandante de estímulos. Aparece un sujeto con intenciones que cuenta con una “nueva inteligencia”, capaz de resolver tareas complejas e incapaz de quedarse quieto ante una tarea.

Estos son tipos de ideales expresados en los enunciados docentes cuyo contenido integra a las infancias actuales en su salud o enfermedad. Se puede comprender, que la desigualdad y las diferencias, se construyen además a partir de las otras representaciones presentes en el campo de la infancia, donde se han analizado a los encargados de crianza y a los profesionales médicos. Una de las hipótesis de este estudio, supuesto aquí confirmado nuevamente, es que en la atmósfera simbólica del campo de la salud y enfermedad infantil, las representaciones de los actores se van influyendo más allá de las fragmentaciones en las prácticas. En este caso, las representaciones de los docentes se impregnan de significaciones provenientes de las familias y de los médicos. La no (auto) habilitación de prácticas de cuidados por parte de docentes, el dominio absoluto del discurso médico de las atenciones sanitarias, la delegación arbitraria de los cuidados a agentes externos, deriva en situar a las escuelas como el lugar de la enfermedad y no así el de las posibilidades de tratamiento.

---

<sup>55</sup> En un equipo docente del Espacio Social I, en una asamblea convocada para definir un nuevo programa de actividades “extra-escolares”, un docente manifestó el absurdo de generar nuevos espacios “si estos chicos ya están condenados”. Observación de campo realizada en Espacio Social I para estudiar dinámicas de trabajo.

En este esquema simbólico, que fragmenta y sectoriza las expectativas, asistir a una institución escolar no garantizaría la inclusión o el amparo. ¿Cómo excluye la escuela desde sus mismas lógicas de integración? El discurso patologizador es afín a un mecanismo de segregación de lo que supuestamente está incluido. El sistema docente es protagonista en una cultura, donde la referencia institucional de padres de todos los espacios sociales, consideran que allí tiene que pasar algo bueno para sus hijos. La escuela, como se interpretó en los enunciados, es tenida en cuenta como la institución legítima para transmitir valores, informaciones y elementos necesarios para desarrollar cualidades “positivas”, ya sea la inteligencia como la capacidad de trabajo.

Pero es la escuela el lugar propicio en donde las características de las infancias actuales, en el entramado propio de la cultura, expresan las contradicciones entre sus maneras de estar en el mundo y el modelo pretendido desde las instituciones formales. La atención y la falta de interés es uno de los puntos clave referenciado por los docentes y establecido como un eje de patologías. Si la escuela disocia las problemáticas cotidianas y la realidad histórica de los niños, de lo que se trabaja en las aulas, aumenta la posibilidad de dispersión y desinterés (Dewey, 1989). Según las propuestas pedagógicas culturalistas y pragmáticas, el acto de prestar atención, con tanto mundo afuera y con didácticas que presentan temas inconexos o desenlazados, se volvería una utopía pedagógica. Siguiendo con Dewey (p. 43): “Solo hemos de retener la idea que, en lo que se refiere a los objetivos de la educación, entre los principios abstractos de la lógica y las cualidades morales del carácter, no puede abrirse abismo alguno. Por el contrario, es necesario fundirlos en una unidad.”

La inquietud que aquí se suscita es la del cómo generar otras didácticas cuando los mismos actores del campo pedagógico han sido formados por estas lógicas tradicionales y bancarias (Freire, 2005). Las docentes se forman para su profesión durante tres años en la mayoría de los casos y en su modo de representar la transmisión de conocimientos impera también su propio recorrido escolar de por los menos 13 años (Rossi Beati & Sagastizabal, 2008). A pesar del reconocimiento de las necesidades de cambio percibidas en las entrevistas, de plantear reformas institucionales, las estrategias de renovación se esfuman ante la falta de recursos, metodologías y diseños políticos coherentes a los desafíos. El focalizar todas las problemáticas en el niño, individualizando sus procesos y sus simplificando las perspectivas metodológicas sobre sus problemáticas, contribuyen a un campo de trabajo fragmentado y reduccionista.

La situación vivenciada de crisis del sistema educativo en cuanto a la salud infantil no es sólo una cuestión de las docentes. Los trabajadores de la salud entrevistados también reconocen que sus intervenciones muy poco hacen para cambiar las condiciones que “verdaderamente” perjudican a la infancia. El “hacer lo que se puede” no modifica de fondo la problemática y desde la formación, junto con el sistema sanitario, se genera un campo hermético que no da posibilidad a transformaciones de fondo.

Las políticas que toman como objeto a la infancia, tanto en educación como en salud, si se aíslan de las necesidades y las representaciones de los actores que trabajan cotidianamente con los niños, como las estudiadas en esta investigación, por más propuestas que publiciten para mitigar las problemáticas generales, continúan generando nuevas formas de segmentación. Estas ofertas, que se inscriben en las posibilidades de los actores, lejos de habilitar oportunidades y equidad, crean formas de discriminación y degradación del trabajo docente (Campos, 2012).

Para terminar este capítulo el interrogante que se abre es el siguiente: ¿Cuántos discursos en las instituciones hablan sobre la infancia y no desde la infancia? Más allá de las propuestas legales actuales, en donde se contempla el “interés superior del niño”, las voces de las infancias no aparecen mencionadas en los discursos que integran el campo de la niñez. Las prácticas y representaciones, que no solo patologizan, sino que estigmatizan y fragmentan la educación de la salud en los diferentes espacios sociales, quizás encontrarían otras metodologías más afines a los objetivos en el caso de abrirse a la perspectiva de los propios niños. Ante la idea de una infancia modelo, en la cual aparecen disrupciones de niños especiales que se califican como desescolarizados, absentistas, desobedientes, desinteresados, inquietos, problemáticos... la propuesta aún podría alojar las múltiples infancias, en sus múltiples intereses y en sus diferentes modos de vida. Este momento histórico, en donde las instituciones se plantean relacionarse, en donde la interdisciplina aparece como propuesta en el diseño de políticas y proyectos, puede ser propicio para dar cabida a lo múltiple sin degradarlo (Núñez, 2006). Los actores que participan de la escuela, directa o indirectamente, expresan la urgencia de generar transformaciones.

“No, la escuela no solo les ofrecía una evasión de la vida de familia. En la clase del señor Bernard por lo menos, la escuela alimentaba en ellos un hambre más esencial para

el niño que para el hombre, que es el hambre de descubrir...en las otras clases... les presentaban un alimento ya preparado rogándoles que tuvieran a bien tragarlo.”

(Camus, 1997, p.128)

#### Referencias bibliográficas

- Baquero, R. (2011). Las infancias y la época. In *¿Niños o síndromes? La patologización de la infancia* (p. 288). Buenos Aires: Noveduc.
- Baquero, R., & Limón Luque, M. (2014). *Introducción a la psicología del aprendizaje escolar*. Bernal: Universidad Nacional de Quilmes.
- Bauman, Z. (2003). *Modernidad Líquida*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- Bruner, J. (1990). *Actos de significado. Más allá de la revolución cognitiva*. Madrid: Alianza.
- Bruner, J. (2014). *Educación puerta de la cultura*. Madrid: Machado Nuevo Aprendizaje.
- Campos. (2012). Política pequena” para as crianças pequenas? Experiências e desafios no atendimento das crianças de 0 a 3 anos na América Latina. *Revista Brasileira de Educação*, 17(49), 81–105.
- Campos, R. F. (2011). “ Política pequena ” para as crianças pequenas ? Experiências e desafios no atendimento das crianças de 0 a 3 anos na.
- Camus, A. (1997). *El primer hombre*. Barcelona: Tusquets Editores.
- Castiel, L., & Dardet Díaz, C. (2010). *La salud persecutoria: los límites de la responsabilidad*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Chen, M. Y. et al. (2003). Adolescent health promotion scale: development and psychometric testing. *Public Health Nursing*, 20(2), 104–110.
- Corvalán, F. (2013a). 50 años de Representaciones Sociales y Psicología : Campo Psy , bifurcaciones y desafíos. *Estudios Contemporaneos de Subjetividade*, 3(1), 115–127.
- Corvalán, F. (2013b). Repensando las prácticas de salud y educación en las complejidades sociales. Descripción y análisis de una metodología de investigación acción participativa. *Psicogente*, 16, 197–208.
- Corvalán, F. (2016a). Actitudes docentes acerca de la Asignación Universal por Hijo.

- Estudio comparativo (2010-2013). *Ciencia, Docencia y Tecnología*, 27(52), 295–318.
- Corvalán, F. (2016b). Actitudes docentes acerca de la Asignación Universal por Hijo . Estudio comparativo ( 2010-2013 ). *Ciencia, Docencia y Tecnología*, 27, 117–140.
- Dewey, J. (1989). *Como pensamos*. Barcelona: Paidós.
- Dueñas, G. (2011). *¿Niños o síndromes? La patologización de la infancia*. Buenos Aires: Noveduc.
- Duschatzky, S., & Corea, C. (2002). *Chicos en banda: los caminos de la subjetividad en el edclive de las instituciones*. Buenos Aires: Paidós.
- Freire, P. (2005). *Pedagogia do oprimido*. Río de Janeiro: Paz e terra.
- Geertz, C. (1990). *La interpretación de las culturas*. Barcelona: Gedisa.
- Han, B. (2012). *La Sociedad Del Cansacio*.
- Janin, B. (2002). ¿Fracaso escolar por dificultades en la atención o la falta de memoria? *Ensayos y Experiencias*, 43.
- Linaza Iglesias, J. L. (2002). Cambios en la concepción de la Educación. *Anuario de La Facultad de Derecho de La Universidad Autónoma de Madrid*, 6, 105–114.
- Marai, S. (2004). *Confesiones de un burgués*. Barcelona: Salamandra.
- OMS. (1998). *Health Promotion Glossary*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- Redacción, C. De. (2007). Redalyc.La Escuela ante los medios de comunicación, 21, 11–13.
- Rogoff, B. (1990). *Aprendices del pensamiento. El desarrollo cognitivo en el contexto social*. Barcelona: Paidós.
- Rossi Beati, B., & Sagastizabal, M. (2008). *Del Enseñar y el Aprender. Observatorio sobre las representaciones sociales del alumno, la escuela y el docente*. (UNESCO & CONICET, Eds.). Rosario: UNR Editora.
- Sirvent, M. T. (2006). *Revisión del concepto de educación no formal. En. Educación no formal*. Montevideo: UNEVOC - Ministerio de Educación y Cultura. Retrieved from [http://www.fceia.unr.edu.ar/geii/maestria/TEMPORETTI/EducaNoFormal/Educación NO FORMAL\\_Dossier Uruguay.pdf](http://www.fceia.unr.edu.ar/geii/maestria/TEMPORETTI/EducaNoFormal/Educación NO FORMAL_Dossier Uruguay.pdf)
- Skinner, B. F. (1994). Las causas del comportamiento. *Sobre El Conductismo. Editorial Planeta.*, 12–22.
- Temporetti, F. (2008). Retos educativos del siglo xxi desde la perspectiva de america latina. *Universidad Nacional de Rosario*.



- Temporetti, F. (2015). Entre la escalera ascendente y la espiral recurrente. Los procesos de adquisición de conocimiento en tiempos de textos e hipertextos. *Itinerarios Educativos*, 7, 81–97.
- Temporetti, F. (2016). *Revolver la educación. Seminario Psicología (y)Educación*. (Vol. 1). Paraná.
- Temporetti, F., Augsburg, C., Bertolano, L., & Enría, G. (2008). *Salud mental en la infancia. Estudio epidemiológico de la población 3-13 años en la ciudad de rosario*. Rosario.
- Tenti Fanfani, E. (2013). *Sociología de la Educación*. Bernal: Universidad Nacional de Quilmes.

## Capítulo 8. Prácticas con o contra las infancias

### I. Las representaciones sociales entre los enunciados y las acciones

Los significados que se configuran en una representación social, expresan un vínculo dialéctico entre el código singular del sujeto y el registro de la instancia social a la cual todo sujeto pertenece. Cada uno de los actores con los que se trabajó, pertenece a un contexto determinado, con sus normas, reglamentos, costumbres, recursos, objetivos, símbolos. A su vez, cada actor, cuenta con sus propias estrategias para configurar un significado y construir un mundo posible (Bruner, 2013). Si bien los significados están disponibles en una atmósfera simbólica, los sujetos se apropian de los mismos acorde a sus propios recursos y herramientas disponibles. Dimensiones como la educación, las experiencias personales, el género, disposiciones biológicas, entre otras, inciden en las configuraciones subjetivas para la estructuración del mundo. Las representaciones sociales, que se alojan en los sujetos en perspectiva de su grupo social, enuncian al entramado cultural al que pertenecen, más allá de su reconocimiento e incluso más allá de sus posicionamientos.

Las representaciones de salud y enfermedad infantil hasta aquí descriptas, permiten establecer una referencia de un espacio social que se contrasta con otro. Se han presentado conocimientos, con relaciones diferentes hacia las acciones, que expresan esquemas interiorizados de organización de percepciones. También se ha reconocido en algunos grupos, sobre todo en el de los encargados de crianza, la identidad de un habitus de clase que detenta una posesión distinguida de diferentes capitales. Los Espacios Sociales I y II, evidencian a través de lo interpretado, diferencias en las oportunidades de acceso a la información y al conocimiento, diferencias en los recursos materiales y simbólicos, ambientes físicos, diseños familiares y también, por supuesto, en el esquema de representaciones y prácticas.

Luego del trabajo de análisis y comparación, se comprobó que las representaciones sociales de salud y enfermedad infantil, expresan un vínculo entre concepciones y el contenido de las prácticas observadas. En algunos casos, las representaciones definen a las prácticas, en otros casos las orientan y, en otros, se constata una desincronización marcada. El modo en como las prácticas y los discursos se

organizan, responden a diferentes lógicas (Chartier, 1996). Lejos de afirmar una correlación directa, asumiendo una linealidad no siempre lineal entre conceptos y acciones, se puede afirmar que las representaciones sociales enmarcan simbólicamente un entramado de discursos y prácticas, dándoles sentidos hasta en su falta de correspondencia.

Hay enunciados que influyen de manera implícita pero efectiva en las prácticas, por ejemplo, los enunciados de los medios de comunicación. Estos actúan no solamente sobre la infancia de manera directa, sino sobre todos los actores que de una u otra manera coexisten con ella reproduciendo actitudes y conceptos (Corvalán, 2016). Entonces, si bien se trabajó específicamente sobre encargados de crianza, docentes y profesionales de la salud, es importante no dejar de analizar dos cuestiones. La primera tiene que ver con la gran influencia que tienen los medios de comunicación en las representaciones y prácticas. Por ejemplo, gran parte de los padres y docentes entrevistados manifestaron la gran cantidad de información con la que contaban desde los medios, pero a la vez comentaban la falta de recursos para operar en consecuencia, produciendo esto sensaciones incómodas. Bleichmar (2008), hace referencia a que el exceso de información es angustiante si no hay medios simbólicos para metabolizarla. La segunda cuestión para analizar tiene que ver con la consideración de que los enunciados son a su vez una expresión de una situación de interacción y al mismo tiempo reflejan un contexto social determinado (Voloshinov, 1992). En este sentido, no pueden aislarse para el análisis de las representaciones, ni los enunciados ni las prácticas efectivas de cada grupo de actores, tampoco los contrastes entre los espacios sociales de pertenencia.

El material que brindaron las entrevistas y las observaciones permite establecer que las representaciones sociales y sus prácticas se configuran por un interjuego de relaciones, dándose sentido en los contrastes, influencias o similitudes. Por ejemplo, las representaciones sociales que las docentes de un espacio social tienen acerca de la salud infantil se encuentran condicionadas por las concepciones y prácticas de los padres y los profesionales de salud, que relegan, en las prácticas, el papel de las docentes a un estricto plano pedagógico. En los enunciados este relegamiento no es explícito. De tal manera, las docentes, que asumen este rol, sólo pueden tener con los niños un vínculo centrado exclusivamente en lo escolar, ya que no “están capacitadas” (según sus propios enunciados) para formar parte del proceso de salud del niño. Estas representaciones docentes están condicionadas por las prácticas de los otros actores. Por otro lado, las

representaciones sociales de salud infantil que tienen las madres del Espacio Social I son completamente lineales a las prácticas sanitarias centradas en el modelo bio-médico de ese espacio. Más allá de que en los enunciados de los médicos, el niño es sano cuando integra diferentes variables, en las acciones posibles pareciera que el niño está sano solo cuando “pesa y mide bien”.

Son varias las metáforas sociales con las que los grupos sociales referidos, en sus relaciones cotidianas, encuentran un marco intelectual de comprensión y de sostén para las prácticas. Estas prácticas manifiestan un orden que puede ser reconocido, con técnicas y operaciones afines a la problemática de la salud y enfermedad infantil. Como se verá, estas prácticas plantean una lógica metodológica que expone decisiones, procedimientos, instrumentos, herramientas y estrategias.

## II. La representación entre los conceptos y las posibilidades de las prácticas

En esta investigación se puede encontrar una tensión entre el modo en como se conceptualiza y representa la enfermedad y el modo en como esta es tratada. No son pocos los autores que encuentran una diferencia notoria entre lo que es la conceptualización de la enfermedad, implicada en una representación, y lo que es la conceptualización terapéutica, implicada en la praxis (Laplantine, 1999). Al profundizar en el objeto teórico mismo de lo que es una representación social se habilita a pensar que existe una falta de sintonía entre la información conceptual que brindan los enunciados de los actores y la relación con la ejecución práctica de ese contenido en donde las coyunturas ejercen otro tipo de influencia. ¿Por qué buscar una coherencia entre estos dos puntos, uno vinculado al orden del discurso y el otro vinculado al orden de las prácticas?

Cuando la teoría de las representaciones sociales propuso en sus inicios estudiar la vinculación entre un conocimiento científico y el sentido común (Moscovici, 1979), se habilitó también a la búsqueda de un objeto común que medie entre las ideas de un sujeto y sus acciones (Montero, 1994). Uno de los objetivos generales de la Psicología Social es el de postular un objeto teórico que medie entre el individuo, su grupo y las acciones. De tal manera en muchas definiciones del concepto aparece esta vinculación en donde la representación social de una persona que forma parte de un grupo serviría para organizar no sólo la percepción sino también las prácticas (Jodelet, 2010). El estudio de las

representaciones sociales, permitiría predecir las conductas de las personas y de los grupos, cumpliendo con la intencionalidad científica de gran parte de la Psicología de predecir y controlar los comportamientos (Skinner, 1994).

Pero no todas las perspectivas metodológicas utilizan los objetos de estudio con este objeto y tampoco conciben que los mismos puedan ser utilizados para pronosticar acciones. Esto se debe a la misma concepción ontológica del psiquismo y al posicionamiento epistemológico consecuente. Si bien se ha intentado utilizar a las representaciones sociales dentro de un paradigma explicativo, que intenta encontrar las regularidades y leyes de los fenómenos, entender que estas informaciones y significados se reconstruyen en una trama significativa singular, incluye a los estudiosos en un enfoque hermenéutico, con objetivos diferentes. Como se ha analizado en este trabajo, una representación social no plantea una regularidad sino un efecto singular de significación ligado a las circunstancias mismas de su expresión, manifestando un sentido en la particularidad del acto de representar, integrando la perspectiva del espacio social y en la confrontación histórica del momento. Las técnicas utilizadas y las estrategias de análisis tienen que habilitar esta lógica interpretativa, ya que como se ha visto en algunos estudios sobre representaciones sociales, se contabilizan palabras y se miden expresiones como si cada sujeto en un grupo social conceptualizara de la misma manera al mundo (Corvalán, 2013a).

Las entrevistas y posterior análisis de contenido, permitieron entender primeramente, que no todas las palabras significaban lo mismo a pesar del mismo significante, debiendo comprenderse su sentido en cada enunciado particular (ejemplo: peso y medida, salud, enfermedad, infancia, etc.) y, seguido a esto, que la “vinculación legal” entre el contenido de la representación y la acción es arbitraria debiendo analizarse en cada caso el modo en cómo se organiza la representación y el modo en cómo se organizan las prácticas. En capítulos anteriores se ha expuesto como el contenido de la representación se sitúa en una perspectiva específica sobre la infancia, la salud y la enfermedad. También se ha interpretado como la educación es entendida en relación a las anteriores concepciones y a cada espacio social. Las lógicas de las prácticas entonces merecen una atención en particular.

De tal modo, focalizando en las prácticas pero en tensión con los conceptos, se encontró en términos generales que hay enfoques de la atención de la enfermedad que centran el interés sobre la enfermedad del niño (la etiología, proceso y consecuencias) y

otros modelos que ponen su interés sobre el niño enfermo en sus particularidades (su historia, contexto, decisiones). Algunas perspectivas sitúan a la enfermedad como agente exterior (un modelo exógeno) en oposición a la concepción de la enfermedad como origen interno (modelo endógeno). También se encontraron enfoques de prácticas que recuperan el valor positivo de la enfermedad, como oportunidad de trabajo, frente a aquellos que consideran a la enfermedad en su sentido negativo, como una condena personal o social. Se supondría que estas oposiciones se encuentren en diferentes actores, en distintos momentos históricos o en disímiles circunstancias. Pero en esta investigación se comprendió, en el análisis de las conceptualizaciones y sus prácticas, que por un lado los profesionales de la salud manifestaban una idea integral y compleja de la salud infantil, en donde el niño debe ser entendido en su historia y particularidad (“cada niño es diferente”) mientras que en las prácticas, por condiciones de formación, de recursos, institucionales o específicas del contexto de trabajo, solamente la dimensión biológica como marco general, era foco de intervenciones. Lo que en la literatura aparece como paradigmas de diferentes momentos históricos, en los dispositivos de trabajo actuales, se expresa como una comunión de representaciones en contradicción con las prácticas, en un mismo actor conviven tensiones y posibilidades.

### III. Las prácticas médicas en los diferentes espacios sociales

Para entender las prácticas médicas es imprescindible describir el ambiente en donde estas prácticas suceden, expresar indicadores que definen el sentido de las acciones. La gran demanda a los profesionales en los espacios sociales con altos índices de NBI, aparece como una de principales razones para la dificultad de profundizar la atención en el sujeto y en el caso a caso. Para desenvolver un paradigma de atención profunda donde el profesional pueda conocer la historia del niño, las condiciones del lugar donde vive, atender al enfermo más que a la enfermedad, se requieren recursos técnicos además de una formación específica. Los profesionales de este espacio social, basan su atención clínica en la actividad realizada en los consultorios, en los llamados Centros de Salud.

La Atención Primaria de la Salud tiene como objetivo ampliar la oferta de salud a toda la población, acaparando todos los niveles de complejidad y acercando los cuidados

a las problemáticas locales. El acceso a estos servicios es gratuito y las poblaciones más vulnerables son las principales destinatarias (Corvalán, 2013b). En relación a la gran demanda que reciben, anteriormente descrita, la actividad de atención registrada en los hogares es mínima, los padres llevan a los niños a la institución y es ahí en donde reciben el diagnóstico y las indicaciones para el tratamiento. El conocimiento que tienen los profesionales de los lugares de crianza se debe a preguntas generales que le realizan al adulto responsable y a las suposiciones que realizan con respecto al barrio. Lo mismo sucede con el conocimiento que tienen de las escuelas en donde el niño asiste. El salir del consultorio implicaría tener que “dejar el lugar de trabajo” y no atender a otras demandas. El lugar de trabajo, por lo tanto, es exclusivamente el consultorio, en donde las variables pueden ser mejor controladas y la atención sistematizada. Estas prácticas se distancian de una concepción de la salud en donde la misma es consecuencia de contextos específicos, en donde se reconoce que cada familia tiene un modo particular de crianza (y esto afecta la salud) y en donde el recorrido por la escuela también es una dimensión que incide en la situación del niño.

La figura institucional del Centro de Salud, sitio de referencia y atención, también merece un análisis en referencia a la diferencia entre concepciones y prácticas. La autonomía pretendida a las poblaciones y a los sujetos, en donde los mismos tendrían que ser los protagonistas de los procesos de salud de ellos y de sus hijos, se contrasta con una institución que centraliza los saberes y prácticas. El monopolio del dominio de las estrategias de intervención relega a la pasividad a los usuarios y a los actores que pasan más tiempo con los niños, tanto encargados de crianza como docentes.

Las historias clínicas son una evidencia de esta confluencia de representaciones. En la mayoría de las instituciones con las que se trabajó se ha podido ver que las historias clínicas contemplan recientemente a los grupos familiares y no al individuo como era costumbre. Si bien están escritas estas historias por diferentes profesionales que atienden a los miembros de la familia, no cuentan con la autoría o aporte de las personas tratadas y menos reciben el aporte de los niños. Si en los enunciados de los profesionales las personas aparecen como entes sociales e históricos, en donde sus relatos y posiciones que hacen a su subjetividad tienen una dimensión narrativa, hay que considerar el papel que juega la historia clínica en la conformación de la identidad del niño, enfermo o sano. La falta de una autoría que vaya más allá de los “autores profesionales”, en la elaboración de la historia clínica, plantea una sustitución de un sujeto por otro/otros. Ni los encargados

de crianza, ni los docentes, ni los propios niños participan de la elaboración de este documento que relata la historia de las infancias<sup>1</sup>.

El discurso médico es el que tiene protagonismo en la relación paciente-enfermedad-médico. De hecho, en algunas situaciones, es común observar que el profesional descrea las situaciones o vivencias que plantean los padres o incluso el propio niño.

En el Espacio Social II, el tiempo que dispone el profesional para cada caso varía, aumentando cuantitativamente la cantidad de minutos de atención. El promedio de atención en las consultas en el Espacio Social I es de 15 minutos mientras que en el Espacio Social II es de 30 minutos, el doble. No aparece en estos profesionales la queja por la alta demanda. Los turnos se encuentran organizados con anticipación salvo casos que requieran de una atención de urgencia. Por lo general los padres cuentan con el número personal del pediatra. Como se analizó en capítulos anteriores, la relación con los encargados de crianza es diferente, los profesionales utilizan una pedagogía horizontal en la que los padres también realizan aportes por lo que leen o se informan. En relación a esto, cabe destacar, por parte de los padres, una reconocida demanda, denunciada por los médicos, de medicalización. Según algunos profesionales: “si una intervención no termina con una receta médica parecería que no hubo atención”. Son a veces los padres los que consideran que una medicación mejorará el rendimiento de sus hijos. Esto es manifestado por los pediatras y puede compararse con investigaciones en otras latitudes en donde buscando las causas de la inconsistencia de criterios para medicar, se encuentra que son los padres los que tienen una “concepción medicalizante” que influye en el tratamiento (Angold, Erkanli, Egger, & Costello, 2000).

La posibilidad de un trabajo interdisciplinario es otra en este espacio. La interconsulta es más fluida, entre pediatras, psicólogos, neurólogos, nutricionistas, psicopedagogos. La conexión en la red de atención cuenta con mejores recursos y hay un interés en mantener la relación terapéutica entre el profesional y un usuario/cliente. Esta población del Espacio Social II cuenta en su totalidad con Obras Sociales, las mismas en sus cartillas reconocen a una lista determinada de profesionales. Estos profesionales en

---

<sup>1</sup> Estos indicadores se han extraído de observaciones de campo durante el desarrollo de esta investigación específica y del trabajo profesional del autor. Observaciones y trabajos realizados entre el 2008 y el 2019.



algunos casos, aparte de recibir los honorarios por parte de las empresas de salud, también cobran un “plus” adicional.

En ambos espacios sociales, el diagnóstico resulta paradójicamente tranquilizador, los encargados de la crianza, más allá de estar en contacto continuo con sus hijos, ceden a sus hijos a continuos procesos inmediatos de categorización y clasificación para determinar el estatus de niño sano o niño enfermo.

Igualmente, cabe aclarar, que en relación a la distancia entre la representación enunciada y las prácticas, la salud infantil para los pediatras es “una integralidad de factores emocionales, intelectuales y biológicos”. Pero esto entra en tensión con una práctica que, si bien incluye diferentes profesionales, disocia las dimensiones del fenómeno en desmedro de la “integralidad”. A pesar de los recursos descriptos, la interdisciplinariedad no es un ejercicio frecuente más allá de la derivación, y menos aún si pensamos que la dimensión educativa y escolar, tantas veces mencionada como relevante para la salud, no se referencia en las prácticas. Esta última disociación no deja de plantear consecuencias para algunos investigadores del campo de la educación.

En el ámbito de las infancias, desarticular la educación de las diversas prácticas sociales y asistenciales, en donde se pueden ubicar también las prácticas médicas, hace que las escuelas queden aisladas del resto de la sociedad. Esto promueve una construcción de guetos marginales y las escuelas reflejarían la disección entre las acciones sobre la infancia (Núñez, 2006). Esto ocurre en las prácticas observadas en los diferentes espacios sociales.

Las técnicas utilizadas no difieren en demasía en los diferentes espacios sociales. Aparece el pesar y medir, la observación controlada (planteada como objetiva), la entrevista a los padres, el proceso diagnóstico, la receta de medicación, la sugerencia de cuidados, entre otros elementos de la consulta y atención clínica. Pero hay variables que inciden en la totalidad de la práctica y marcan diferencias entre un espacio social y el otro: se ha visto en lo que respecta problemáticas específicas vinculadas a la delincuencia y a la nutrición, las diferencias entre lo que es sano o enfermo acorde al espacio social del niño (capítulo 4, 5 y 6) y, en lo que respecta a las prácticas, las diferencias en la comunicación entre los actores y la cantidad de tiempo dedicado a cada caso. A esto se puede agregar el producto de las observaciones de campo sobre las características físicas del lugar.

Los lugares físicos de atención son radicalmente diferentes. En las salas de espera de los Centros de Salud se pudo observar, entre otros elementos: asientos rotos, perros durmiendo, paredes despintadas, lugares compartidos con gente de todas las edades que también van a consulta por enfermedades varias (a veces respiratorias y altamente contagiosas), pisos sucios y hacinamiento en épocas de mucha consulta. Los consultorios, si bien mejoran un poco el ambiente, no dejan de estar próximos a este lugar de recepción general y de compartir algunas características acordes a la predisposición del profesional. En las salas de espera de los sanatorios del espacio social II, las condiciones de limpieza son óptimas, los niños que esperan cuentan con juguetes acorde a su edad, continuamente personal de limpieza controla el lugar, hay asientos a disposición, solo recurren familiares directos en relación al niño y el consultorio se encuentra personalizado por parte del profesional (cuadros, imágenes, elementos personales).

La observación objetiva mencionada, como primera técnica de trabajo, merece deconstruirse en su filosofía y supuestos. Se presenta una acción de observación basada en un empirismo racionalista que se plantea ingenuo y aséptico de teorías e ideologías, cimienta de la llamada “Medicina basada en evidencias”. El profesional encuentra las evidencias manifiestas en el cuerpo del niño y las encuadra en un diagnóstico preestablecido y preparado para ser completado en base a lo “observable directamente”. Este modelo, que circunscribe la complejidad de una patología a elementos solo visibles desde un paradigma específico, presenta a la salud como una sumatoria de signos dispuestos en un organismo, y este organismo es una organización real que existe de manera ajena a alguien que observa. Entonces el profesional, para obtener los datos verdaderos, observa, mide y controla desde una neutralidad pura. La realidad en este caso es el cuerpo del niño, a través de la pericia del profesional y la habilidad para la utilización de instrumentos de observación, se detectan las características de las evidencias que se relacionaran “naturalmente” a otras evidencias para conformar así un cuadro nosográfico específico.

Un punto a analizar es que, en el modo en como se consideran a las evidencias (en su carácter de elemento puro y natural), un elemento observado no puede significar más que lo que el modelo epistemológico y teórico permite visualizar. Por ejemplo, una tos poco puede expresar más allá de un movimiento sonoro y convulsivo ligado a una patología de manual, así mismo, determinado peso y estatura están vinculados a un momento específico del desarrollo. El cuerpo del niño entendido como un objeto puro,

que se encuentra ahí en la realidad de lo directamente observable y que se lee directamente en relación a modelos a priori, no puede aportar más de lo que un sistema conceptual permite visualizar. En este ejercicio técnico el cuerpo del niño es una realidad que aloja evidencias a ser organizadas en un cuadro clínico. Lo encontrado en este conjunto de signos se resiste a otras significaciones. Es la misma tos la que se presenta en un niño que vive en condiciones de vida deplorables que la que presenta un niño que se desarrolla en un ambiente físico con recursos y estímulos varios. En el modo en como se mide y se pesa a los niños, no se incorpora la posibilidad de articular dimensiones que no son observadas directamente ni tampoco las implicaciones de la dimensión socio-cultural, elementos a interpretar. Un niño que pesa y mide acorde a lo esperado, ¿garantiza siempre una buena nutrición y desarrollo?

Lo planteado hasta aquí lleva a proponer la discusión sobre los modos de observar la realidad y de considerar las evidencias y si aquello que se considera evidencia no deja por fuera de la atención a otros elementos determinantes para la salud de los niños. En el modo en como las técnicas se implementan en el campo de la salud, se puede pensar que los sentidos con los que los profesionales intentan estudiar al niño, con sus ideologías y representaciones de un modelo de infancia esperable, participan del sistema de observación. Lo que se encuentra empíricamente es lo que un posicionamiento ontológico permite encontrar y, ante una infancia que también es cambiante y dinámica, los criterios con los que se registra adolecen de complejidad y actualización. Para no seguir observando lo mismo ante una realidad diferente, resulta necesario ampliar el esquema a priori de conocimiento y, para esto, es clave reconocer el rol activo del sujeto que observa a través de un paradigma específico.

Las prácticas “médicas no profesionales”, vinculadas a procesos terapéuticos por parte de los docentes, también pueden analizarse. Por lo general, estos actores, se desentienden del dominio específico del campo de la salud en varias de las instancias de los procesos. La excepción está en situaciones extremas en donde se responde con cuidados mínimos (en casos de accidentes, ataques de epilepsia o crisis nerviosas) para su inmediata derivación. La responsabilidad escolar se centra exclusivamente en el objetivo pedagógico del proceso de enseñanza y aprendizaje.

Si bien la figura del “docente rotulador”, tiene efectos médicos de detección de situaciones (patológicas o no) y hasta consecuencias indirectas en las terapéuticas, la misma no representa un rol que vaya más allá de diagnosticar en base a una observación

exploratoria de comportamientos articulados con imprecisos criterios diagnósticos. La injerencia definitiva y la responsabilidad en el campo de la salud se relegan, luego de este prematuro rótulo, a la decisión de los padres y a las intervenciones profesionales médicas. Las acciones principales de las docentes, con respecto a la terapéutica, tienden a la derivación inmediata a un profesional y a la espera de las indicaciones por parte de este o del adulto responsable.

Ya se ha hecho la descripción de las diferencias con respecto al tiempo utilizado y la comunicación entre el profesional de salud y encargados de crianza. También se ha descrito a los lugares físicos donde las prácticas médicas se llevan a cabo. Todos estos elementos, junto con las representaciones sociales de infancia y de salud analizadas, caracterizan y dan sentido a las prácticas en la salud infantil.

#### IV. Breve recorrido histórico de los cuidados y descuidados

Data de la Edad Media europea la práctica caritativa que postulaba que “si el problema no es grave, se da una ayuda material, pero si es grave se saca a la persona de su medio y se la lleva a una institución especializada en atender personas con su mismo problema” (Casas, 2006 p.35). En esa época, la infancia como tal no se la diferenciaba del resto de los humanos, salvo en lo que respecta a la falta de desarrollo y crecimiento. Estas prácticas caritativas tenían a la infancia dentro de sus objetivos.

La modernidad hace de la medicina una de sus estrategias predilectas de control y dominación de los cuerpos y posteriormente también de la especie. Las prácticas médicas forman parte de las estrategias de las llamadas bio-políticas. Foucault (2006) se encargó del estudio de la regulación estatal y de las relaciones niño-familia, individuo-instituciones disciplinarias. Entendió que la Psiquiatría, como prácticas específicas disciplinarias de la modernidad, se constituyó como dispositivo de control y dominación. La medicina, como saber y técnica de poder, al administrar sus estrategias sobre la especie humana, se ha posado en el campo de la infancia para garantizar el desarrollo y reproducción de sujetos afines a las necesidades del sistema.

Describiendo las prácticas actuales se ha visto en esta tesis, que la lógica de la especialización es predominante. Esta lógica, en desmedro de una salud entendida en

términos integrales, propone una fragmentación del niño acorde a especialidades. Este paradigma tiene sus orígenes en los hospitales medievales y se desarrolla en la modernidad. Es en este recorrido histórico donde se han transformado a las instituciones residenciales de contención y asilo a una dinámica constante de crecimiento en tamaño y en especialidad. La nosografía o categorización de las personas es una práctica afín al desarrollo de estas instituciones y a la necesidad social de distinguir a aquellas personas “anormales” y/o problemáticas del resto de la población. Los niños abandonados o difíciles de controlar, junto con ancianos y pobres, eran destinados a las instituciones que alojaban a la anormalidad. Como plantea Casas (2006) la palabra hospital viene del término “huésped”, con el tiempo se consideró que no podían convivir en un mismo establecimiento los diferentes tipos de poblaciones anormales, diferenciando los hombres, las mujeres, los niños, los ancianos, los cuerdos y los locos. Los sitios por lo tanto, tendrían que especializarse para cada grupo.

Tanto la Psiquiatría como el resto de las especialidades médicas, durante el Siglo XX, aumentaron los criterios de categorización y distribución de las dimensiones del cuerpo. A su vez la lógica de la especialización contribuyó a la creación de numerosas instituciones que se focalizaban en una parte específica del problema. Los reformatorios, cuya cuña normalizadora data de Siglo XIX, encuentran en el siglo próximo, una lógica social que avala el crecimiento de los mismos y sobre todo su función política de separar los niños normales de los anormales, los excluidos de los incluidos. Si bien existieron experiencias diferentes, como la del pedagogo J. Pedragosa en la década del 20, que reinsertó jóvenes infractores y los alojaba en departamentos de la ciudad de Barcelona, con mejores logros que los reformatorios (Santolaria, 1984 citado por Casas, 2006), estas prácticas fueron eclipsadas por las oficiales.

La alta mortalidad de los bebés en las Casas de Maternidad, los estudios como los de Spitz sobre la depresión infantil provocada por la hospitalización, las investigaciones de Bowlby sobre la importancia de los cuidados maternos y otros trabajos que destacan la importancia de la integración, sientan las bases para un nuevo paradigma. Este paradigma propone que el traslado a una institución total, el aislamiento de la infancia “anormal”, no es la estrategia primaria de trabajo con las condiciones “especiales”.

Más allá de que la proliferación de reformatorios ha mermado y los niños especiales no son aislados en instituciones totales, en la cultura del especialista, se relega a los profesionales médicos la directiva total sobre los cuidados de la salud. En las

acciones observadas y en los enunciados interpretados, los padres consideran que el único que sabe es el médico, esto sucede no sólo con los encargados de la crianza sino también con los docentes. Si bien es más notorio en aquellos espacios sociales con mayor precariedad, tanto en el Espacio Social I como en el II, las decisiones que priman son la de los profesionales, que son los que menos tiempo pasan con el niño y los que menos conocen sobre las condiciones generales de vida. Ya sea en la institución escolar o en los consultorios, los padres y docentes reciben las recetas, los diagnósticos y las pautas para los tratamientos. El proyecto de una atención compleja, producto de un trabajo cooperativo entre los actores que transcurren en el desarrollo infantil, sólo se plantea en el ideal conceptual de las representaciones sociales.

Como se ha observado en las prácticas y en los antecedentes, el ejercicio de la medicina general, de cual la pediatría contemporánea recibe influencias, está íntimamente comprometido con la medicalización (Foucault, 1993). A partir del siglo XVIII, una red de técnicas y fármacos cada vez más amplia engloba toda la existencia, la organización diaria, el comportamiento y al cuerpo dividido en sistemas autónomos. El resultado es una dependencia hacia la medicina y los controles sistemáticos para pertenecer a un ideal de salud y normalidad.

A la lógica de la especialización y normalización se le opone en la actualidad un paradigma en donde los Derechos de los Niños tienen que ser respetados en función de sus intereses y de sus posibilidades. Tienen que realizarse acciones que sostengan los vínculos sociales primarios, evitando prácticas que estigmaticen y aíslen a los niños, contemplando además la vulnerabilidad social y las condiciones generales de vida. Se ha analizado en el Capítulo 4, como políticas y Leyes actuales tienden a reivindicar los tratados internacionales que reivindican la protección integral de la infancia. Sin embargo, también se ha estudiado contrastes entre el espíritu de las políticas y las prácticas. ¿Hasta qué punto se reconoce el interés superior del niño en las prácticas médicas? Una terapéutica centrada en la dimensión biológica: ¿qué oportunidades le da a la dimensión emocional y contextual de los sujetos? ¿Por qué muchos profesionales de la salud consideran que la mayor necesidad de los niños es que haya más lugares de atención mientras que para los propios padres la necesidad está en mejorar las condiciones de vida en donde se desarrollan? Por su parte, en las docentes, aparece la tendencia a la patologización de los casos junto a la cesión y traslado de las problemáticas a los

especialistas que no conocen dimensiones claves del desarrollo, como condiciones históricas y culturales... ¿Y el interés superior del niño?

Entre las contradicciones analizadas se encuentra la de las representaciones sociales sobre salud infantil que consideran que el eje de trabajo se encuentra en el carácter social e histórico. Se encontró, en el análisis de las prácticas, que las mismas se centran en la individualización de una problemática, ya sea esta familiar, escolar o pediátrica). Las necesidades y problemáticas de la infancia se entienden en relación a la complejidad pero se resuelven en el plano de las individualidades. La dificultad para encontrar estadísticas actualizadas o estudios poblacionales, de naturaleza socio-cultural e histórica, de los conflictos en este grupo social, podría ser una consecuencia del dominio de esta metodología general que circunscribe el campo de trabajo infantil al plano individual.

## V. Las infancias individualizadas y separadas

Carli (2010) hace referencia a un proceso dicotómico que atraviesa a la realidad de los niños. Este proceso está caracterizado por una instancia de homogeneización, que busca traducir las diferencias en las infancias a un modelo de niño normal, y a su vez, un proceso de heterogeneización, que separa y divide a la infancia entre quienes tienen oportunidad de acceder a ciertos beneficios y quiénes no. Las prácticas y representaciones analizadas también conllevan un proceso de homogeneización, en lo que hace a la perspectiva metodológica individualizante general, de abordaje de problemáticas, y un proceso de heterogeneización, que inscribe en esa individualidad, dos expectativas diferente de infancias.

Los encargados de crianza, en la representación social que sostienen acerca de la salud infantil, adjudican todo el proceso patológico a caracteres individuales del desarrollo del niño, en el caso de las enfermedades del plano mental o psicológico, o a cuestiones ambientalistas, como el cambio de clima, en el caso de enfermedades virósicas. En cualquiera de los dos tipos de enfermedades, la desembocadura de los efectos se inscribe en un proceso patológico individual. La diferencia entre los espacios sociales se expresa en los casos que ponen en evidencia las diferencias entre los ambientes físicos y sociales. En el Espacio social I, se distingue la referencia a las adicciones o a la violencia,

se menciona la peligrosidad de la calle y de las “malas juntas”. Pero estos sucesos no aparecen ligados directamente con la enfermedad sino con problemáticas de otra índole asociados secundariamente con patologías (capítulo 7). Más allá del reconocimiento de los diferentes contextos, ambientes y considerando la gran grieta existente entre lo que se espera de un niño según su espacio social, la estrategia general de abordaje traslada la complejidad de dimensiones que componen la etiología o la situación del niño a una perspectiva individual. Estos criterios individualizantes para concebir los procesos están íntimamente ligados a la coyuntura simbólica de la cual participan las prácticas médicas.

Ninguno de los docentes con los que se trabajó, en cualquiera de los espacios sociales, descarta que las condiciones socio-económicas y familiares inciden en el rendimiento escolar y en la salud de los niños. De aquí que las problemáticas educativas más reconocidas, como la violencia, la falta de interés, el abandono, se ocasionen para los docentes por causas del contexto socio-económico de los niños. Las lógicas internas de la institución escolar quedan relegadas como posibles causas de problemáticas. Si bien a la hora de trabajar en dificultades concretas aparece el diagnóstico sobre el individuo, la derivación del caso y un juicio sobre el grupo familiar individualizado, el enfoque conceptual reconoce que no todo lo que pasa en el niño tiene que ver con su individualidad. El tratamiento y las propuestas prácticas se disocian del enfoque conceptual.

El individualismo, que sostiene a las perspectivas pedagógicas y médicas, considera que la situación humana puede ser estudiada, explicada, interpretada y modificada con mayor rigor científico si el diagnóstico y la terapéutica parten y se restringen al individuo. Este individuo es operado, por lo general, a través de la fragmentación en una serie de facultades, competencias, funciones o mecanismos. El aprendizaje depende en lo esencial, de la acción de sujetos individuales, singulares, alumnos con habilidades personales, normales o anormales. La salud-enfermedad, más allá de la multicausalidad, termina alojándose en un cuerpo-objeto con límite en la piel de un sujeto. Es la preponderancia de esta visión individualista la que remite la responsabilidad del aprender y la de ser un sujeto sano en el niño individual. De este modo es la cabeza y el cerebro de un niño específico el lugar donde se asientan los procesos mentales, el órgano que con sus capacidades, garantizarán el éxito o el fracaso escolar (Temporetti, 2006). Es el cuerpo la piedra angular de las intervenciones, el organismo recibirá las intervenciones y dará las señales de salud o enfermedad.



La práctica profesional médica observada se sostiene en criterios de diagnóstico bio-médico y en un tratamiento farmacológico consecuente. Esto no sólo fue enunciado en las entrevistas sino también analizado en las prácticas. El diagnóstico bio-médico es la estrategia profesional de detectar signo y síntomas y relacionarlos a una generalidad. Estas generalidades se encuentran expresamente identificadas en los compendios de patologías, manuales y libros específicos. De esta manera la medición y obtención de datos se realiza en función de una categoría ficcional pensada en función de una idea de normalidad y salud. El niño, al entrar en una clasificación diagnóstica, transfiere a la nomenclatura, el potencial de su singularidad y recursos propios para el abordaje de las problemáticas. Según Viruru (2001) esta presión hacia medir (y así gobernar), origina un “niño” de ficción al que se le abstrae el género, la clase, lo racializado y divisiones sociales. Crea la obturación del marco nacional y cultural del desarrollo humano individual.

Esta tradición de control y traslado de un enfoque singular a una generalidad, desliga, del conjunto de la práctica médica, dimensiones como la historia, el contexto, las decisiones, los discursos propios y la pertenencia particular del niño en un grupo humano. El rótulo toma como referencia escalas internacionales ajenas a las circunstancias locales. Este diagnóstico viene ligado a una medicación específica no al niño sino a la clasificación nosográfica. Cuando una medicación no funciona se utiliza otra, no se cambia el criterio metodológico de intervención. El objetivo de esta metodología apunta a la velocidad del diagnóstico más que a la pronta detección de las particularidades de las problemáticas. Aunque la inestabilidad y el dinamismo del desarrollo de los niños amenacen a las etiquetas perennes, la insistencia de los profesionales y de las instituciones se sostienen en incorporar a sus prácticas cada más sujetos. Hay estudios que afirman que casi el 10% de los preadolescentes son tratados con anfetaminas y similares estimulantes en los Estados Unidos, justificándose esto con los diagnósticos médicos (Benasayag, 2007)

Las prácticas médicas son entendidas por los padres entrevistados como un largo proceso de evaluaciones hacia el cuerpo del niño. Este control sobre el cuerpo infantil se inscribe en los expedientes clínicos, que como se ha visto, no detallan elementos históricos o hechos diferentes a una cronología de enfermedades. Los encargados de crianza, educados en esta lógica por los profesionales, demandan un diagnóstico inmediato y fórmulas químicas de tratamiento. En esta investigación solo se puede dar

cuenta del vínculo educativo entre los pediatras y los padres, aunque también se comentó, que los medios de comunicación, a través de la publicidad de medicamentos y modelos de salud, pueden ejercer su influencia sobre esta concepción de los actores que demanda medicalización e inmediatez. Esta demanda es vivenciada como una exigencia por el médico quien asume este pedido y responde en consecuencia.

Por fuera de una racionalización y enunciación estarían las consecuencias del diagnóstico tanto en los tratamientos posteriores como en la estigmatización del niño. Estos hechos no fueron mencionados por ninguno de los actores. Estas estrategias de intervención no consideran la iatrogenia del acto de someter a los niños a múltiples procesos diagnósticos, muchas veces sin que haya necesidad visible de este proceso evaluativo. En el análisis de estas acciones, se puede pensar que en el paso por las instituciones médicas y escolares hay una altísima probabilidad de recibir algún diagnóstico.

En este esquema se perciben diferencias o anormalidades y automáticamente se construye la imagen del niño enfermo, un ser diferente a un patrón general. La homologación entre las incompatibilidades, en función del código de la patología y la estandarización de lo diferente y patológico, forma parte de los enunciados que rotulan y se entranan en las representaciones cotidianas. Esto sucede no sólo en el campo médico sino también en el escolar. De aquí que: “el niño que no aprende”, “el niño que no presta atención”, “el niño inquieto”, “el que tiene problemas”, “el callado”, “el que tiene fiebre”, “el que no pesa lo justo”, configuran un diagnóstico estigmatizante que se traduce en una enfermedad. La importancia de estos enunciados podría repercutir en la autopercepción del niño. Este paradigma clasificatorio repercute en la percepción de los adultos que participan en los cuidados y condiciona las prácticas, aunque en la justificación de las mismas no se exprese una claridad teórica y metodológica.

Hay autores que asocian a esta estrategia de atención con un “pensamiento sindrómico” (Filidoro en Dueñas, 2011). En el mismo se produce una operación de nombrar y actuar sobre el otro de manera de dejarlo captado en una imagen y práctica social. Por ejemplo, en las generalidades establecidas sobre las personas con síndrome de Down, el real biológico, un cromosoma de más y un proceso neuroquímico constatable, adquiere determinación y torna natural y previsible un sinnúmero de acontecimientos y prácticas asociadas. Ya se establece que la persona no va a aprender “normalmente”, que va a tener determinadas dificultades y no se va adaptar de igual manera que el resto. Toda

perspectiva y proyecto se piensa (implícitamente) en función de estas etiquetas explícitas. Pero estas etiquetas también operan sobre lo que se puede esperar o no de un niño acorde a sus orígenes sociales o configuraciones familiares “especiales”. Cuando se sabe acerca de la precariedad en la cual ha crecido el niño, o si la familia de ese niño es “disfuncional” o tiene algún problema, las intervenciones se predisponen para ser “especiales” y los diagnósticos se preparan para su ejercicio. La etiqueta se vuelve la señal más visible de la persona y desde la misma se analizan las otras.

Para terminar este apartado, que expone la individualización de la metodología de trabajo sobre las infancias, se puede hacer mención a una complejidad que presenta este estudio. Existe una contradicción en esta investigación en lo que hace a la exposición de las representaciones de todos los actores, que manifiestan diferentes infancias acordes a su espacio social y diferentes modelos de salud/enfermedad, y la perspectiva individualista de tratamiento, que aliena al sujeto en un plano acotado de funciones sin reconocimiento de otras variables. Es decir, en función del espacio social al que pertenece, hay diferentes maneras de concebir a un niño sano, diferentes maneras inclusive de tratarlo, pero se sigue sosteniendo, que en términos generales, el enfoque metodológico del tratamiento es individualista, circunscribiendo al sujeto de su contexto.

En estas redes de acciones y representaciones, el individuo no se traduce a una singularidad sino que se generaliza en un nivel de análisis que excluye las particularidades históricas y culturales. La dimensión social que aparece reconocida sólo marca una base ontológica en la que se sostiene un conjunto de técnicas de corte biológico e individualista. La infancia del Espacio social I o la infancia del Espacio social II soportan un mismo criterio individualista de trabajo, pero la pertenencia a cada espacio divide al conjunto social en dos tipos de individualidades, cada una con una expectativa y con criterios de normalidad diferentes. Este individuo-niño, en cada espacio, formaría parte de un orden natural que puede ser explicado en base a funciones, mecanismos, competencias y cánones formales que deberán cuadrar en un modelo de infancia y hay dos modelos de infancia diferentes acorde al lugar en donde ese niño ha nacido y se desarrolla.

Lo que no integran estos cuadros individualizados son las casualidades anecdóticas del ámbito social, las intencionalidades de los sujetos o las contradicciones de los actores entre sus representaciones y acciones. Tampoco las posibilidades de los niños a pesar de las condiciones de vida en las que transcurren. Las cualidades que trascienden al organismo individualizado, el contexto particular o la dimensión espiritual,

se reconocen para decorar representaciones, para responder conceptualmente a exigencias terminológicas morales instituidas (mención a la subjetividad, al interés del niño, a los contextos sociales, etc.). Estos contenidos, podrán reconocerse en algunos enunciados, pero no constituirán el eje de las intervenciones.

## VI. Reflexiones finales

“Las agresiones y destrucciones parciales o totales  
infligidas por los padres a sus propios hijos  
son universales y se presentan en todos los grupos sociales,  
tanto en los primitivos como en los contemporáneos.”

(Rascovsky, 1974 p.13)

Arnaldo Rascovsky desde el psicoanálisis brinda una serie de explicaciones que justifican una tendencia general al filicidio. A través de una serie proyecciones, introyecciones, regresiones, relaciones ambivalentes, plantea que el sacrificio infanto-juvenil ha sido el fundamento del proceso socio-cultural, al convertirse en el medio esencial para la prohibición del incesto (Rascovsky, 1974). A lo largo de sus tesis analiza gran parte de las mitologías clásicas, encontrando elementos comunes tales como la mutilación, la muerte, el canibalismo, el ultraje a los hijos y a la infancia en general. Haciendo una rápida y superflua comparación, en esta investigación se describieron acciones que podrían encontrarse en el marco de las prácticas descriptas por Rascovsky: fragmentación, medicación injustificada, sometimiento a procesos diagnósticos, aislamiento, estigmatización, silenciamientos, que se reproducen en diferentes espacios sociales y a través de diferentes actores que están en contacto con las infancias. Para Rascovsky las tendencias filicidas explican muchas conductas humanas, entre ellas la guerra, visualizada por el autor como un filicidio en masa y también la educación que se plantea desde las escuelas, como modalidad atenuada de exigencia cultural contra el incesto.

En este esquema psicoanalítico se deja entrever que las causas de estas conductas tienen que ver con la exteriorización de una conflictividad interna. El marco explicativo

cultural, referido por Rascovsky, se asienta en el estructuralismo de Lévi-Strauss, que presenta un modelo universal desde el cual se formalizan las conductas humanas (Thion, 1967). Resumiendo, se busca dar cuenta de las acciones filicidas desde una legalidad interna que se expresa en una cultura y, esta cultura, es entendida en una generalidad explicativa estructuralista.

Si bien, algunas prácticas analizadas podrían relacionarse a lo que Rascovsky plantea en relación al filicidio, en lo que hace a la comprensión de los fenómenos, esta investigación toma una línea diferente. Lo que se ha observado y analizado, materializados en enunciados y prácticas, son considerados hechos culturales, y estos hechos tienen en su matriz diferentes significaciones entramadas en las identidades sociales de los profesionales, de los encargados de crianza o de los docentes. Los sentidos implicados no se entienden en función de una expresión interna de una conflictividad universal, de orden legal, sino que se comprenden como mecanismos internos y singulares de percepción, pensamiento y acción, condicionados por una situación cultural específica (Geertz, 1990). De tal modo, en los diferentes espacios sociales, la percepción de la salud o la enfermedad infantil de los actores tienen diferencias de sentidos.

Las prácticas, que se actualizan en un contexto específico, expresen un escenario desemejante de representaciones. La red de valores y significados, que da cuenta de una cultura específica, no se impregna de modo general formalizando todo el abanico de acciones, sino que analizó aquí, aportan un marco de símbolos dentro del cual los actores toman posicionamiento entre valores contradictorios. Uno de estos símbolos, por ejemplo, tiene que ver con la objetualización de la infancia.

La objetualización, que aparece como un esquema que delinea representaciones y acciones, atraviesa las prácticas de salud y educación entrando en tensión con las propuestas legales analizadas anteriormente (Capítulo 4). En el mapa de los Derechos actuales: el interés superior del niño toma protagonismo sin embargo, en las prácticas médicas, intereses disciplinares, comerciales, farmacológicos, aparecen en la lectura de cualquier signo inesperado de algún niño. El compromiso orgánico de los malestares actúa hoy en día como etiología base más allá de la imprecisión del trastorno, los encargados de la crianza y los docentes esperan cada vez más que lo que explique el padecimiento de su hijo o alumno sea una razón orgánica y tenga un fármaco como remedio. Los diagnósticos precoces reiteran las nomenclaturas acordes a distintas épocas y modas médicas. En las demandas de atención, los usuarios llegan con las clasificaciones

posibles que gozan de mejor marketing en la cultura médica. Pero ante estas propuestas simbólicas también aparecen otros enunciados.

Más allá de la innegable base genética o neuronal de muchas de las patologías que afectan a la infancia, la explicación de la misma no bastaría para dar cuenta del proceso integral de la construcción de una personalidad o para justificar un tratamiento. El modelo de simple variable, causalista puede ser complejizado en un sistema de múltiples sentidos en donde la historia y la singularidad tomen significación. En muchos enunciados se mencionan estos valores, pero gran parte de las prácticas escolares y de salud, al enfrentarse a las condiciones materiales posibles, terminan reproduciendo técnicas reduccionistas. Entre estas estrategias ortodoxas se puede encontrar un cimiento filosófico moderno que adhiere a una distinción cartesiana que divide la máquina humana, explicable y cuantificable, de la realidad pensante y subjetiva (Capra, 1992). Mientras las terapéuticas se focalizan en lo medible, en lo palpable y en aquello que sea posible de diagnosticar, los enunciados integran significantes relativos a la subjetividad, a los deseos e historias personales.

La medicalización aparece como respuesta hasta en aquellos casos donde el contexto es reconocido como etiología. Tanto docentes como médicos, en algunos enunciados, sancionan a los individuos por estilos de vida vinculados a un espacio social, por su pertenencia a una clase. Este enfoque de localizar las causas de los problemas sociales en los individuos que sufren sus efectos es reconocido en otras investigaciones (Castiel & Dardet Díaz, 2010). Pero la terapéutica, inclusive en estos casos, se dirige hacia el criterio farmacológico.

Siguiendo con la relación entre símbolos, valores y propuestas culturales que se entretienen con las prácticas y enunciados, se puede reflexionar sobre la adjudicación de funciones acorde al rol social. Para los encargados de crianza, en los espacios analizados, la maestra es el referente natural de los aprendizajes de los niños y el médico es el referente “natural” de los trabajos en la salud. Son estos quienes disponen del conocimiento específico, del saber hacer, tanto sea para enseñar (docentes), como para curar (médicos). La diferencia entre los sectores en este punto se evidencia por la presunción de responsabilidades específicas otorgadas. En el Espacio Social II, las responsabilidades por los procesos generales del niño, en relación a los cuidados, están compartidas entre los géneros y entre los grupos, mientras que, en el sector de malas condiciones de vida, las madres, si bien asumen responsabilidades de crianza no se

autorizan para responder a cuestiones de “enseñanza-aprendizaje” o a cuestiones técnicas de salud. Los padres no aparecen referenciados en torno a la obligación de sus cuidados. En términos generales, los encargados de la crianza del Espacio Social I, conocen características generales que le permiten reconocer cuando su hijo está enfermo, pero a partir de ahí esta situación se transforma en una demanda necesaria a un especialista.

La educación se concibe, en el Espacio Social I, estrechamente vinculada a la educación formal escolar y no aparece vinculada a los procesos de salud-enfermedad de los niños. En el Espacio Social II, tanto la educación como la salud no sólo se entienden como una función del docente o del médico, sino también como un campo relativo al hogar y a la responsabilidad de los encargados de crianza. Pero en términos generales las prácticas de educación, ya sea formal o informal y las prácticas de salud, no se relacionan entre ellas para el entendimiento de los “trastornos” diagnosticados.

A pesar de que la responsabilización puede favorecer a la búsqueda de soluciones y mejoras en la salud, en algunos grupos sociales con recursos limitados de afrontamiento y con escasa información, este clima de asunción de compromisos puede generar culpabilización y sensación de inevitabilidad de la situación de conflicto. En los enunciados algunas madres del Espacio Social I se planteaban incapaces de resolver situaciones, manifestaban estar inhibidas en sus acciones, acusando de no tener recursos para trabajar por la salud de sus hijos y expresando angustia por ser a la vez responsables e inexpertas de la situación<sup>2</sup>.

Las prácticas, que combinan intervenciones y disciplinamiento de los modos de vida, incluyendo pautas para la familia, vienen a impartir conocimientos y categorías “científicas” sobre el desarrollo de los niños y el desarrollo cultural de algunas poblaciones. Se propone desde los discursos médicos y también desde los pedagógicos, amparados en “verdades científicas”, estrategias didácticas de cuidados que hacen de cada instante de la vida del niño, un instante de aprendizaje y de cada actividad, algo programado. Estas indicaciones alcanzan no solamente a los niños sino a las costumbres de las familias. La finalidad, para algunos autores, es formar los cuerpos, sus conocimientos e introducir una moral (Vicent en Campos, 2011).

---

<sup>2</sup> Entrevistas 1, 3, 4, 6 y 8. Expresiones como “Yo no tengo los recursos”, “Yo no sé qué hacer”, “Me da impotencia no saber qué hacer”, “No tenemos nada”. Se manifiestan con expresiones de angustia y desconsuelo.

Las acciones de las empresas, los mercados y las políticas de estado, que intervienen de manera directa, pero de forma invisibilizada, no han sido objeto de esta investigación, aunque se reconocen los efectos en los cuerpos y en las prácticas. Se pudo obtener información y evidencias de las representaciones, con sus símbolos y acciones, a través de los actores implicados, analizando los enunciados y observando los lugares de trabajo. La perspectiva individualista descripta dificulta la puesta en análisis de políticas y discursos que trascienden los límites formales del individuo, incluso son interpretadas por los actores como obstáculos para sus prácticas (Corvalán, 2016).

El comienzo del milenio sitúa a la humanidad en una época de avances tecnológicos, pero al mismo tiempo, en la medicina, se ha apreciado una creciente deshumanización (Guerrero & León, 2008). El médico, instrumenta la tecnología sobre el niño y asume un gran poder sobre éste y su familia, adoptando posturas que van desde el autoritarismo (Espacio social I) al paternalismo (Espacio social II). La percepción del médico sobre este ejercicio de poder es limitada, también su autoría en el desarrollo de la técnica con el constante riesgo de automatización que su aplicación conlleva. Para otra investigación quedará el análisis del malestar profesional médico observado en las prácticas cotidianas y en enunciados.

Para terminar con este capítulo que analiza las prácticas y sus coyunturas cabe preguntarse ¿se puede pensar que la lógica individualista, fragmentaria y objetalizadora, es una problemática exclusiva de la formación médica? Así mismo ¿las limitaciones reconocidas por las docentes en sus prácticas se deben a problemas de formación? En el tejido cultural, del cual las instituciones modernas forman parte y se relacionan, los modelos de infancia se imprimen en las representaciones que tienden a reproducir símbolos discriminatorios, técnicas reduccionistas e imágenes mercantilistas; los protagonistas de los espacios difícilmente puedan exonerarse de esta red permanente de sentidos que condicionan el espacio representativo y el espacio físico de las acciones cotidianas. Pretender, que el sólo cambio de la formación profesional, solucione las problemáticas en todo el campo de la infancia es negar el diálogo histórico entre las academias de formación y los distintos intereses sociales, este vínculo produce, más allá del cambio de contenidos y planes de estudio, la transferencia de determinadas lógicas económicas-políticas en los curriculums y pedagogías (Freire, 2005; Temporetti, 2008).

Hay situaciones de trabajo con las infancias que al estar en un estado de “sentido común” se inscriben en las costumbres de las instituciones y sus actores. Si bien se critica



radicalmente a los escenarios en el que se encontraban las infancias en siglos atrás, reconociendo maltratos, una actitud filicida, abusos de una cultura histórica retrasada, es de interés pensar cómo serán vistas las prácticas actuales desde el futuro. La intencionalidad de este estudio, con sus limitaciones, es no esperar demasiado. Hay prácticas que en el día de hoy vulneran las condiciones de las infancias y de los actores que por ellas se comprometen.

### Referencias bibliográficas

- Angold, A., Erkanli, A., Egger, H., & Costello, J. (2000). Stimulant Treatment for Children: A Community Perspective. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 39(8), 975–984.
- Benasayag, L. C. (2007). *ADDH: Niños con déficit de atención e hiperactividad. ¿Una patología de mercado?*. Buenos Aires: Noveduc.
- Bleichmar, S. (2008). *Violencia social-violencia escolar: De la puesta de límites a la construcción de legalidades*. Buenos Aires: Noveduc- Colección Conjunciones.
- Bruner, J. (2013). *La fábrica de historias: Derecho, literatura, vida*. (2a ed.). Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- Campos, R. F. (2011). “Política pequena” para as crianças pequenas ? Experiências e desafios no atendimento das crianças de 0 a 3 anos na.
- Capra, F. (1992). *El punto crucial. Ciencia, sociedad y cultura naciente*. Buenos Aires: Editorial Troquel S.A.
- Carli, S. (2010). Notas para pensar la infancia en la Argentina (1983-2001). Figuras de la historia reciente. *Educacao Em Revista*, 26(1), 351–382.
- Casas, F. (2006). Infancia y representaciones sociales. *Política y Sociedad*, 43(1), 27–42. <https://doi.org/>-
- Castiel, L., & Dardet Díaz, C. (2010). *La salud persecutoria: los límites de la responsabilidad*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Chartier, R. (1996). *Escribir las prácticas. Foucault, de Certeau, Marin* (1st ed.). Buenos Aires: Manantial.
- Corvalán, F. (2013a). 50 años de Representaciones Sociales y Psicología : Campo Psy , bifurcaciones y desafíos. *Estudios Contemporaneos de Subjetividade*, 3(1), 115–

127.

- Corvalán, F. (2013b). Repensando las prácticas de salud y educación en las complejidades sociales. Descripción y análisis de una metodología de investigación acción participativa. *Psicogente*, 16, 197–208.
- Corvalán, F. (2016). Actitudes docentes acerca de la Asignación Universal por Hijo. Estudio comparativo (2010-2013). *Ciencia, Docencia y Tecnología*, 27(52), 295–318.
- Dueñas, G. (2011). *¿Niños o síndromes? La patologización de la infancia*. Buenos Aires: Noveduc.
- Foucault, M. (1993). *La vida de los hombres infames*. Montevideo: Altamira.
- Foucault, M. (2006). *Seguridad, territorio, población*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- Freire, P. (2005). *Pedagogia do oprimido*. Río de Janeiro: Paz e terra.
- Geertz, C. (1990). *La interpretación de las culturas*. Barcelona: Gedisa.
- Guerrero, L., & León, A. (2008). Aproximación al concepto de salud. Revisión histórica. *Fermentum*, 18(53), 610–633. Retrieved from <http://www.saber.ula.ve/bitstream/123456789/28660/1/articulo8.pdf>
- Jodelet, D. (2010). Denise Jodelet : Vigencia de las representaciones sociales y su incidencia en las prácticas profesionales, 1–6. Retrieved from <http://portal.educ.arg/noticias/entrevistas/dra-denise-jodelet-vigencia-de-ph>
- Laplantine, F. (1999). *La antropología de la enfermedad*. Buenos Aires: Eds del Sol.
- Montero, M. (1994). *Construcción de la Psicología Social*. Barcelona: Editorial Anthropos.
- Moscovici, S. (1979). *El psicoanálisis, su imagen y su público*. Buenos Aires: Editorial Huemul S.A.
- Núñez, V. (2006). Hacia una re-elaboración del sentido de la educación. Una perspectiva desde la Pedagogía Social. In *Educación no formal. Fundamentos para una política educativa*. Uruguay: UNEVOC & Ministerio de Educación y Cultura.
- Rascovsky, A. (1974). *La matanza de los hijos*. Buenos Aires: Paidós.
- Skinner, B. F. (1994). Las causas del comportamiento. *Sobre El Conductismo*. Editorial Planeta., 12–22.
- Temporetti, F. (2006). Prácticas educativas: entre lo individual y lo sociocultural. *Revista Del INDI*, 1(1), 89–102.
- Temporetti, F. (2008). Retos educativos del siglo xxi desde la perspectiva de america

latina. *Universidad Nacional de Rosario*.

Thion, S. (1967). *Aproximación al Estructuralismo*. Buenos Aires: Galerna.

Viruru, R. (2001). *Early Childhood Education. Postcolonial Perspectives from India*. Nueva Deli: Sage.

Voloshinov, V. N. (1992). *El marxismo y la filosofía del lenguaje*. Madrid: Alianza Editorial.

## Capítulo 9. Los modelos educativos y de salud a través de las representaciones sociales

### I. La salud y enfermedad infantil en la propuesta metodológica de las representaciones sociales

Los trabajos planteados con el objetivo de reconocer a la infancia y de mejorar sus condiciones de vida pueden ser contraproducentes si no toman en cuenta el contexto local y las culturas donde serán aplicadas (Burman, 2013). En este sentido, se debió recuperar una lógica de investigación que se comprometiera con la complejidad y pluralidad social y a su vez permita analizar las distintas tensiones que conforman el campo de la infancia (Corvalán, 2013). Este campo de lo infantil, como plantean varios especialistas, cuenta con numerosos estudios, análisis, enfoques, conceptos, acciones, prácticas y políticas; también con actores, con conocimientos, representaciones y actitudes (Bustelo Graffigna, 2005; Corvalán, 2016a). En lo que hace a los conocimientos y representaciones, las mismas se configuran en relación a la participación en grupos sociales definidos, relación de unos con otros y de todos con un grupo. Es en estos contrastes que se produce aquel tipo de “idea y saber” entendido como “sentido común”. Pero no toda la tradición metodológica de las representaciones sociales contempla este enfoque.

Cuando se toma como objeto de estudio el “sentido común” de los actores del campo de la infancia, hay que situarse sobre un conocimiento dinámico, pragmático y de límites concretos. Estudiar las representaciones sociales es una opción teórica para adentrarse en este tipo de saber, un saber que se articula con el pensamiento corriente de la vida cotidiana y que se manifiesta de manera directa en los enunciados y de manera indirecta en las prácticas. Estos pensamientos, como planteó en otro campo (Dewey, 1989), forman parte de aquellos que se insinúan en la mente de manera automática e inconsciente, convirtiéndose en parte de la estructura mental de los actores. Una configuración mental que expresa la íntima conexión entre un sujeto y su grupo social.

Estos supuestos conceptuales y metodológicos de la teoría de las representaciones sociales, permitieron no solamente evitar la dualidad individuo/sociedad, de larga trayectoria en las Ciencias Sociales, sino también, una vez analizados los enunciados, entender como las acciones en el terreno de la salud infantil pertenecen a un entramado cultural de significaciones y valores. Para describir y comprender a este objeto en sus múltiples manifestaciones, antes que nada, debió prevalecer una actitud comprensiva y participativa en las experiencias de los actores.

Desde distintas epistemologías y recursos técnicos se ha intentado intensamente estudiar este tipo de ideas cotidianas, con diferentes pretensiones y alcances (Capítulo 3). Aquellas perspectivas metodológicas que se han involucrado con estos significados cotidianos, sobre todo en perspectiva de su comprensión, son las que no se apartaron del ejercicio de sostener una observación profunda y una descripción densa en los mismos lugares donde los sujetos desarrollaban sus actividades (Geertz, 1990). Este trabajo de perspectiva etnográfica permitió exponer elementos de la significancia cultural de los enunciados y de las acciones relativas a la salud y enfermedad infantil. Retomando a los esfuerzos pioneros en el estudio de los fenómenos “psi”, los procesos psicológicos superiores sólo pueden abordarse teniendo en cuenta los métodos de la Antropología y la Historia (Wundt, 1912). Es decir, todos los conocimientos simples o complejos, que materializan funciones superiores del pensamiento humano, son parte de una trama histórica, social y cultural, y por lo tanto, se debe estudiarlos con métodos que no nieguen estas cualidades.

El rol de la teoría de las representaciones sociales fue fundamental para el trabajo de problematización, delimitación del campo empírico, análisis del material y construcción de los supuestos que operan a modo de resultados. Es decir, la teoría acompaña todo el proceso de investigación, hasta la escritura misma, en su delimitación conceptual y esquema de estrategias metodológicas. En este caso, la teoría de las representaciones sociales permitió singularizar un enunciado en tanto referencia de esta unidad discursiva a un grupo social específico y también a un espacio social. El relato de una docente, un médico o encargado de crianza, es sostenido por un sujeto determinado, pero este enunciado es entendible si se reconoce la íntima conexión constructiva entre esa persona y su mundo simbólico. La mutua configuración entre un individuo y su contexto socio-cultural fue evidente en los análisis. En este punto se puede hacer referencia a la superación de la dicotomía individuo/sociedad que plantea la teoría, pero reivindicando la mutua construcción de un ser humano y la cultura que lo constituye, como sostiene la Psicología Cultural (Bruner, 2014; Mora, 2002).

Más allá de las particularidades y perspectivas personales, todos los actores entrevistados y observados expresaban un “pensamiento social”, un modo de representar grupalmente a un objeto (en este caso la salud y la enfermedad infantil). A través de las prácticas relacionadas en modos singulares, se ha podido objetivar sentidos las representaciones sociales en sus efectos. Se reconoció en este punto las indefiniciones de la propuesta inicial del concepto de representación social que ha inaugurado innumerables

debates en la Psicología y en la Psicología Social (Montero, 1994). Las representaciones sociales: ¿remiten a un conglomerado de conocimientos y acciones? ¿Remiten a un tipo de conocimiento del cuál la acción toma un sostén de contenido? ¿La acción y la representación social, son unidades disímiles que algunas veces aparentan coincidir? Seguido al planteamiento de otra incerteza del término, se propondrá una posible respuesta en relación a lo investigado en este trabajo.

En el campo de las infancias pululan variados géneros discursivos con diferentes cargas ideológicas, intencionalidades política-económicas y pretensiones de cientificidad (Corvalán, 2016b). Desde estos enunciados, que a partir de la comprensión remiten a representaciones sociales, se articulan prácticas y justificaciones, acciones cotidianas que construyen esquemas de subjetividad y modos de habitar las instituciones, concepciones de salud y enfermedad, de lo normal y lo anormal. Pero es ilegítimo reducir las prácticas que hacen al mundo de lo infantil a la racionalidad que gobierna los discursos (Chartier, 1996). Las lógicas que sostienen a las actividades institucionales, a las identidades y a las relaciones de poder de una escuela, no pertenecen al mismo dominio de interpretación que los órdenes del discurso. Esto no impide que no puedan ser interpretadas y sometidas a un análisis que permita establecer relaciones. Como se verá es posible plantear esquemas que hagan entendible la interrelación entre representaciones y prácticas.

Entonces, se puede establecer, que el sentido de las representaciones no siempre encuentra una linealidad con las prácticas. Es decir, en el vínculo entre las acciones y representaciones de un determinado grupo de actores, no siempre hay un correlato con los significados configurados en el mismo grupo. En determinados casos, para comprender el conglomerado de valores y prácticas de un actor en su grupo, se deben analizar las confrontaciones de poder y las estrategias de comunicación establecidas entre este grupo y los otros con los que mantiene conexión, directa o indirecta. Es más, para poder interpretar el conocimiento y las metáforas sociales, en un nivel que supere el plano descriptivo, fue necesaria la contrastación continua entre los diferentes actores e incluso entre los diferentes espacios sociales. Estos dos espacios analizados, si bien presentan enormes diferencias en lo que hace a condiciones materiales y demás dimensión de NBI, forman parte de una misma sociedad y establecen relaciones explícitas o implícitas. Las representaciones sociales de salud infantil de un espacio social se sostienen en tensión con el otro espacio social y reciben influencias comunes, entre ellas, las de los medios de comunicación. Del mismo modo, las acciones y representaciones de un grupo de actores, se argumentan en la tensión con las prácticas y representaciones de los otros grupos.

Existe una tendencia común de fragmentar el tejido social y de centrar los estudios en una población específica. Es decir, estudiar por ejemplo, solamente las representaciones sociales de docentes sobre salud infantil disociadas de los actores con los que comparte el campo de trabajo. Como se ha analizado en los antecedentes sobre representaciones sociales, generalmente a la hora de trabajar con poblaciones específicas, el eje de investigación se sitúa exclusivamente sobre el objeto, aislado de las relaciones de poder, de las comunicaciones con otros espacios sociales y buscando solo la comprensión en los límites del grupo de pertenencia. Pero como establecen otros enfoques, estudiar a “los oprimidos” desde fuera y sin considerar el otro polo de la relación, genera una distorsión del problema (Stavenhagen, 1992). Para esta investigación, fue necesario sostener una vinculación estructural entre los diversos espacios sociales y entre los diferentes grupos de actores, para comprender a través del proceso de análisis, las representaciones y las prácticas de cada uno de ellos.

Para el proceso de análisis, las opciones en las tradiciones metodológicas, ofrecen trabajar de diferentes maneras la relación entre el análisis y la instancia empírica involucrada: de manera disociada o de manera dialéctica (Achili, 2005). En este trabajo se leyó e interpretó el material de las entrevistas integrando las observaciones *in situ*, analizando el enunciado para integrarlo a un entramado de significaciones de un grupo social específico (encargados de crianza, docentes o médicos) en tensión con los otros grupos sociales. Como se ha visto, estos significados trascendieron la perspectiva de un grupo específico de un espacio social. Cuando una docente del Espacio Social I, relataba sobre su concepción de salud infantil, estas ideas cobraron sentido con las acciones observadas en las diferentes escuelas, donde se establecen prácticas de diagnósticos prematuros y derivaciones. Y también, en las prácticas docentes se expresan las concepciones de los encargados de crianza y de los médicos, quienes entienden que la salud es patrimonio de un discurso disciplinar. Cuando una madre del Espacio Social II enunciaba lo que entendía por enfermedad infantil, la idea se relacionaba con su presencia en las prácticas médicas en el consultorio y también con las prácticas de derivación de las docentes. Quizás, el ejemplo más paradigmático de estas relaciones sea el de las madres del Espacio Social I. Estas madres sostienen en sus concepciones que el niño sano es aquél que pesa y mide bien. Sus prácticas son afines a esta representación ya que la alimentación y los cuidados del cuerpo son acciones claves en la cotidianidad. Pero para entender esta representación es nodal comprender las prácticas médicas que se llevan a cabo en este espacio social, centradas éstas en pesar y medir. Más allá de los enunciados

de los médicos de este espacio, en donde la salud va más allá de lo biológico, sus prácticas se centran en “mantener con vida”.

Luego de la exposición de estas tensiones se reconoce la importancia de trascender la perspectiva aislante poblacional para poder interpretar las representaciones sociales. Si se hubiera analizado solamente el contenido de los enunciados de un grupo, sin ponerlo en tensión con los otros enunciados y prácticas de los actores que comparten el campo de trabajo, las interpretaciones hubiesen quedado en otro nivel de análisis. Todas las observaciones y entrevistas propusieron retrabajar la teoría, la tradición metodológica y los supuestos previos. Esta perspectiva espiralada del proceso de investigación habilitó resultados y una actualización conceptual en lo que hace al tratamiento de las representaciones sociales.

Otra dificultad que plantea el término de representación social, como se ha expuesto en el capítulo referente a la dimensión teórica, tiene que ver con la gran versatilidad metodológica con la que se ha abordado este objeto de estudio (Castorina, 2008). Desde estudios meramente estadísticos, del estilo “cuanti”, explicativos, basados en encuestas, hasta otros trabajos de corte intensivos, “cualitativos”, con intencionalidad interpretativa e instrumentados en entrevistas. También están los estudios que se posicionan en una y otra estrategia, recurriendo a la llamada triangulación. Pero recuperando lo planteado en párrafos anteriores y considerando el sentido que el mismo Moscovici plantea en la idea de la naturaleza simbólica y lingüística de las representaciones sociales (Moscovici, 1979), la decisión de una perspectiva hermenéutica-interpretativa marca una distancia con aquellos estudios que buscan leyes invariantes o resultados generalizables. En esta modalidad, los indicadores construidos y la teoría generada, se integran en la producción de significados y en la expresión de los enunciados singulares. En lo que respecta a la linealidad o quiebre entre las representaciones sociales y las acciones, el nivel de análisis considerado en este trabajo permitió encontrar una correspondencia de sentidos entre el material que surgió de las entrevistas y las acciones observadas. Esta correspondencia no es directamente observable y no tiene el mismo correlato en las diferentes situaciones. Como se explicitó más arriba, en algunos casos, las prácticas sanitarias que realizaban los encargados de crianza, con respecto a la salud de los niños, correspondían directamente con su representación. Por ejemplo, en el Espacio Social I, el pesar y medir como práctica cotidiana en la consideración de que la salud infantil se relaciona con el pesar y medir bien. En otros casos el sentido de la práctica se pudo comprender por las representaciones



sociales de otro grupo de actores del mismo espacio social. Por ejemplo, las exigencias y prácticas de medicalización de los padres y una representación vinculada a lo biológico en sintonía con las prácticas medicalizantes de los pediatras. La intencionalidad científica de producir significados fue válida para los objetivos propuestos y para ser coherentes con la naturaleza de la problemática. Producir alguna regla general o establecer alguna correlación estadística, en este campo de los enunciados simbólicos y prácticas dinámicas, hubiese arrojado un efecto de regularidad que no se condice con la naturaleza de lo estudiado.

A lo largo de este trabajo aparece entonces, una descripción de las distintas representaciones sociales de salud-enfermedad infantil. Ahora bien, lejos de pretender una descripción total de la gran pluralidad de representaciones posibles, ya que de cada sujeto se pueden inferir diferentes estructuras representacionales acordes a diferentes niveles de análisis y grupos de referencia, se intentó construir un esquema de “tipos ideales” de las representaciones sobre el objeto. Una representación social es una construcción teórica, fundamentada en unidades empíricas, que genera relaciones entre percepciones, símbolos y modos de entendimiento. En este momento de la investigación se obtuvieron estas interpretaciones que no quitan que en un futuro puedan enriquecerse con nuevas interpretaciones sobre cada uno de los grupos estudiados. Estos “tipos ideales”, son necesarios para adecuarse a la condición de generalidad de todo pensamiento (Vigotsky, 2007), más si se estudia un pensamiento social, con acciones a veces contradictorias, en condiciones dinámicas y fluctuantes.

Se reconoce entonces un objeto complejo y cambiante. Con las generalizaciones expuestas no se están negando las particularidades, ambigüedades, las contradicciones y las incoherencias del pensamiento de los individuos. Rodolfo Walsh (2007, p.50), da una referencia de este tipo de objeto cuando, al describir a uno de sus personajes en la investigación periodística, comenta: “Sus ideas son enteramente comunes, las ideas de la gente del pueblo, por lo general acertadas con respecto a las cosas concretas y tangibles, nebulosas o arbitrarias en otros terrenos.” Estas características tienen también las representaciones de los encargados de crianza, las docentes y también los médicos con los que se trabajó. A medida que se ahondaba en los conocimientos, que parecían claros, los sostenes conceptuales se debilitaban y entraban en un terreno de sentidos múltiples, cuando se los contrastaba con las acciones observadas, esta situación se acrecentaba. Por ejemplo, una pediatra en un Centro de Salud definía a la salud infantil como “un estado de completo bienestar bio-psico-social”. Esta idea fue general en casi todos los

profesionales, conformando parte del "sentido común" profesional. Cuando la pregunta se focalizaba en la idea de bienestar, aparecía la idea de que este completo bienestar era imposible, más aún en las condiciones de vida de los niños actuales. A partir de ahí surgió la pregunta: ¿Entonces ningún niño tiene salud? Las respuestas entre risas eran: "tampoco tanto"<sup>1</sup> o "bueno, esto es otra cosa"<sup>2</sup>. Situaciones de este estilo, expresan como en los actores se presentan contradicciones en determinado nivel de organización de la representación. Esto permite pensar que si bien existen conocimientos pragmáticos, prestos a la acción, que garantizan respuestas rápidas y caracterizan al sentido común de los grupos, estos conocimientos no son absolutos y dependen en su lógica del nivel en como se los interroga.

La teoría de las representaciones sociales entonces puede resignificarse en relación a un enfoque metodológico que vincule el estudio de los procesos humanos con su cultura e historia. Una cultura entendida desde un punto de vista semiótico, con sentidos y valores, en una historia no lineal que capte las tensiones y contradicciones entre los grupos sociales (Benjamin, 1973) . Poder entender el sentido común de un grupo es interpretar el modo en como este grupo se posiciona con las prácticas y saberes de los otros, expresando juegos de poder y acciones vinculadas a la lógica de dominio de un espacio social. Estos saberes populares del sentido común merecen ser analizados. La noción de una cultura «popular», en sintonía con una "industria cultural" que produce conocimientos y sentidos comunes, como manifestó la Escuela de Frankfurt muchas veces no es espontánea, presentan un mundo reificado y artificial (Adorno & Horkheimer, 1998). Ellos afirmaban que la popularidad reproducía una ideología, una regresión de la Ilustración a un esquema de pensamiento en donde hay dominación y naturalización. En este estudio no se supone que el pensamiento popular exprese una regresión o una progresión, más bien, una expresión de confrontaciones de valores, esquemas de poder y condiciones materiales de enunciación y prácticas.

Medir, pesar, medicar, controlar, enseñar, diagnosticar, alimentar, evaluar, cuidar... Prácticas del campo infantil que actualizan representaciones sociales singulares a pesar de los mismos significantes. Estos análisis visibilizan, a partir de interpretaciones, desiguales modos de enfermar y de curar en las infancias.

<sup>1</sup> Entrevista 3 a Profesional de Salud. Espacio Social I.

<sup>2</sup> Entrevista 4 a Profesional de Salud. Espacio Social II.

## II. Las diferencias sociales en las representaciones y los modelos de salud/educación: de la supervivencia a la calidad de vida

Una de las hipótesis de este trabajo fue que en relación a diferentes espacios sociales las representaciones y prácticas presentarían diferencias. Si bien esta hipótesis no es muy aventurada, el desafío estuvo en comprender las lógicas y los contenidos específicos de los grupos sociales que participan de la educación y de la salud infantil en dos espacios sociales. Estas diferencias pudieron entenderse en referencia a la bibliografía consultada y a través de los materiales empíricos analizados. Los espacios sociales y los *habitus* de clase constituyen un terreno de complejidades particulares y de específicos juegos de relaciones. Desde cada uno de los dos espacios analizados se plantearon, de modo distintivos, principios generadores y organizadores de prácticas y representaciones (Pierre Bourdieu, 2007). De esta instancia sociológica, pero de inscripción en enunciados singulares (instancia psicológica), emergieron los modos de conocer a la salud infantil que actúan como estrategias de supervivencia culturales ante demandas sociales, económicas e históricas. Los sujetos que piensan y actúan sobre la salud infantil, no se encuentran ajenos a un momento histórico y, menos aún, a una implicancia social que deriva del campo simbólico y material al que pertenecen. A continuación se explicitarán los contenidos de las representaciones sociales que dan cuenta de estas diferencias acorde a los espacios sociales.

En el Espacio Social I, de mayor vulnerabilidad económica, en la representación social de los encargados de crianza, el niño es sano primordialmente en función de su talla y peso. Esta idea contrasta con la representación del mismo grupo de actores en el Espacio Social II, en donde la importancia de que demuestre habilidades, capacidades y competencias específicas aparecieron como requerimientos complementarios. Desde la supervivencia a la calidad de vida, del mantenimiento de la vida a la búsqueda de habilidades integrales. Se normalizan situaciones diferentes y se actúa en relación a los diferentes recursos que disponen las infancias y los responsables de sus cuidados.

Hay numerosa información que reciben los encargados de crianza con respecto a la salud y a las prácticas sanitarias. Pero el acceso a esta información y los recursos para interpretarlas varían entre un espacio social y el otro. Desde los medios de comunicación, literatura específica o formación profesional se promueven estrategias y se difunden modelos a seguir. El exceso de datos que tienen los padres es entendido de diferentes

maneras en cada espacio. En este punto las diferencias aparecen más por el diálogo y comunicación con los profesionales y por cuestiones de formación personal. Como se ha visto, el nivel educativo de los encargados de crianza del Espacio Social I es menor. Se ha analizado que el vínculo entre profesionales es más sostenido en calidad y cantidad entre los médicos y los encargados de crianza del Espacio Social II. Mientras que estos son considerados en una horizontalidad discursiva y pedagógica, los encargados de crianza del Espacio I son depositarios de instrucciones directas que descienden desde las alturas del saber profesional disciplinar.

En el modelo de la medicina de carácter vigilante (Castiel & Dardet Díaz, 2010), los individuos reclaman continuamente redescriptiones subjetivas y una clasificación acerca de sus condiciones como persona saludable y normal. Esto toma una particularidad en esta investigación. En los casos analizados, los reclamos de clasificación toman como objeto la figura el niño. Los encargados de crianza de los diferentes espacios entienden que los niños tienen que ser observados, controlados, “chequeados”, realizárseles estudios, de manera continua y sistemática. Las diferencias se establecen en función de las herramientas materiales y simbólicas de cada espacio. En el Espacio Social II los encargados cuentan con informaciones y contenidos científicos, de diversa índole, para acudir a los profesionales. También tienen la posibilidad de recurrir a mayores especialidades y con más disponibilidad. Como se ha dicho, al contar con obras sociales, tienen a disposición una cartilla amplia de opciones profesionales. En el Espacio Social I los recursos y ofertas de atención están limitados a las características del Centro de Salud u Hospital de referencia, instituciones sobrecargadas de demandas y con limitadas condiciones de atención. La información con la que asisten estos encargados de crianza no actúa como un contrapoder ni como recurso para tomar definiciones. De tal modo, toda la información que reciben de los medios de comunicación y de lo que observan de las prácticas médicas, se imprime de manera directa en sus concepciones.

En el ámbito escolar las diferencias persisten en las representaciones de las docentes. Hay problemáticas específicas de ciertos niños, en las representaciones sociales de enfermedad, las docentes del Espacio Social I, las temáticas de: drogas, delincuencia y falta de apoyo familiar, aparecen justificando una función escolar que tendría que estar más ligada a la contención social que a la transmisión de contenidos. El pensar en un niño “condenado” por la marginalidad, que concurre a la escuela con irremediables carencias familiares, conduce la labor docente, con respecto a la salud infantil a un plano contradictorio. Por un lado, las demandas al docente percibidas, de escolarizar más allá

de las diferencias sociales, por el otro lado, su formación reconocida, la de escolarizar siempre y cuando el niño acuda en ciertas condiciones. En las causas del fracaso escolar, por ejemplo, la situación de marginalidad y las carencias consecuentes, protagonizan la etiología de las patologías y de aquí su repercusión en el aula. Si bien las acciones de las docentes van hacia una adecuación a cánones pedagógicos “normalistas”, al mismo tiempo se sostiene la necesidad de tener que abandonar las responsabilidades escolares para suplir las carencias sociales, con una formación nula para trabajar con estos aspectos (Rossi Beati & Sagastizabal, 2008). En las docentes de este espacio social, aparece una categoría diferencial, la importancia de la alimentación y nutrición. Esta exposición del nivel de subsistencia, vincula el eje de la salud infantil con un plano ligado al ser biológico y su manutención. Otra dimensión de atención, para las docentes de este espacio, son problemáticas reconocidas como: retrasos en el desarrollo cognitivo, problemáticas de adicciones, incapacidades para relacionarse con los demás, entre otras. Pero en el contenido general de las representaciones sociales de estas docentes está el ligar la salud infantil a una cuestión de supervivencia, vinculado a lo escolar, a las propuestas de contención y control.

De este análisis realizado en las escuelas se entiende que las mismas son fuentes de diagnósticos, pero no de tratamientos o seguimientos específicos. Se delega, desde las concepciones y las prácticas, a los profesionales de la salud, las decisiones del tratamiento y seguimiento. Pero las particularidades están dadas por las problemáticas específicas que distinguen y sus causas. En este sentido, las representaciones de salud y enfermedad de las docentes, las expectativas de logros, acentúan las diferencias entre los distintos niños, reforzando y estimulando positivamente a aquellos con cierto capital cultural, prestos a desarrollar una amplia gama de habilidades y pensamientos; y disponiendo, para otros niños, el panorama de contención y control mencionado anteriormente (P. Bourdieu & Passeron, 1970). En consecuencia, en la escuela, se materializan a través de las prácticas y representaciones, diferencias de clase social manifestadas como diferencias en el modo de enfermar y sanar: en el modo de ser normal, o de ser inteligente, en las expectativas que ponen las docentes sobre los distintos niños.

¿Qué se espera de cada niño? La función de la escuela con respecto a la salud pareciera tener otros propósitos en el Espacio Social II. Aquí las funciones docentes están menos ligadas a la contención del niño y se pueden comprometer con un proceso de intelectualización en términos de lo esperable. La salud infantil aparece ligada a la capacidad de poder jugar, de ser feliz, de relacionarse con los compañeros y aprender

acorde al desarrollo esperable de cada edad. Las docentes manejan una escala evolutiva de la normalidad centrada en el plano racional e intelectual. Los fundamentos teóricos aparecen difusos en relación a manuales de capacitación y recuerdos de la formación docente (conceptos aislados de psicología, pedagogía, sociología). La injerencia en términos de salud, es decir, las intervenciones específicas, se ve relegada a la decisión de los padres y a las intervenciones médicas. En los destinos de las derivaciones cobra importancia la derivación al terreno psiquiátrico o neurológico. Disciplinas propicias para manejar los problemas de adaptación o comportamiento. La lógica de estas intervenciones, compartida en este punto en los dos espacios, permite dar sentido a las representaciones de los otros actores estudiados. La diferencia se manifiesta entonces en los recursos disponibles y en una representación ligada a expectativas varias. Las docentes del Espacio Social II van más allá de ligar la salud a cuestiones de supervivencia. Se habilitan a pensar la salud en relación a fomentar desde la escuela capacidades varias, a educar en funciones de habilidades específicas a lo esperado en cada etapa del desarrollo y a estimular competencias múltiples. En todas las representaciones de salud docente estudiadas, el modo de entender la salud se vincula también a las posibilidades pedagógicas. En todas las prácticas docentes con respecto a la salud y a la enfermedad, la derivación es una constante.

En este eje el de las intervenciones médicas, se analizó las implicaciones de la patologización de la infancia, la instrumentación de manuales que cada vez arrojan más trastornos y posibilidades de estar enfermo y las metodologías clásicas de atención. Se ha mencionado como el manual de referencia, el DSM, entre su primera versión y la última (DSM V en el 2013) ha ampliado la cantidad de trastornos de 106 a 216 (American Psychiatric Association., Kupfer, D. J., Regier, D. A., Arango López, C., Ayuso-Mateos, J. L., Vieta Pascual, E., & Bagney Lifante, 2014). La correspondencia entre la clasificación patológica y la medicación es expuesta en numerosa bibliografía. Si bien los pediatras entrevistados en esta investigación no pertenecieron al campo psiquiátrico, los mismos manifestaron que la medicación es una demanda de los encargados de crianza y que en muchas ocasiones lo que tranquiliza la situación es un medicamento.

En este sentido, las representaciones sociales de los profesionales de salud también presentan particularidades acordes al espacio social, de gran influencia en las prácticas. Estos actores consideran que la salud es una integración de factores biológicos, psicológicos y emocionales, pero las prácticas se sostienen en un modelo bio-médico, de diagnósticos individualizantes y de tratamientos químicos. Para la integración de las otras

dimensiones, en las prácticas en el Espacio Social I, plantean que no hay recursos ni formación, delegándose los problemas que trascienden lo biológico exclusivamente a las familias y a las escuelas. La diferencia más llamativa está en las prácticas posibles, ya que en las representaciones en ambos espacios apuntan a una concepción integral y multidimensional.

“El pesar y el medir” constituyen la estrategia primaria de atención y es la manera de “ver” como está el niño en el Espacio Social I. Ver al niño implica pesarlo y medirlo, y se ha analizado en el capítulo anterior como esta observación se realiza sin un diálogo con el niño o con una comunicación mínima con los padres. Aquí el niño cuenta con salud en tanto demuestre parámetros normales cuantitativos de salud (talla y peso), o no presente algún síntoma reconocible en función a un diagnóstico. Si bien la medición y pesaje constituyen una estrategia que trasciende los espacios sociales, en el Espacio Social II, como se ha observado, las comunicaciones con los padres son más fluidas y las indagaciones sobre otros aspectos de la personalidad se despliegan con más amplitud. Se agrega que la posibilidad de trabajar con otros profesionales es más amplia, que hay un interés manifiesto de sostener el vínculo con los pacientes y que hay opciones de contemplar dimensiones afectivas al disponer de más tiempo de consulta.

Los pediatras, al contar con una formación específica, detectan diferentes patologías. Por un lado están las enfermedades virósicas de las llamadas “comunes”. Estas por ejemplo, se manifiestan acorde a las épocas del año (respiratorias en invierno y gastrointestinales en verano). Con respecto a las enfermedades mentales, aparecen distintos reconocimientos. Los niños del Espacio Social II presentarían síntomas que en otras épocas estaban ligados exclusivamente a la adultez (estrés, depresiones, síntomas de ejecutivos, migrañas precoces, problemas gástricos...). Esto también es referenciado por autores del campo de la Psicología en referencia al vínculo entre la salud y lo educativo.

Parte de las enfermedades concebidas por los pediatras tienen una relación estrecha con lo que sucede en el plano de lo escolar. Bleichmar (2008), refiere a un contexto actual de presión sobre la infancia en donde la misma recibe la información en excesos. Sobre los niños, específicamente en el Espacio Social II, recae la idea de “éxito” en todas las dimensiones posibles. El sistema escolar, al sentirse amenazado por las nuevas informaciones, plasman contenidos con gran caudal de datos. Las nuevas políticas educativas reclaman cada vez más horas de cursado, llegando a jornadas de 9 y 10 horas, a esto se le suma el aprendizaje de algún idioma, el concurrir a algún club, alguna clase

especial, o el asistir a las tantas actividades publicitadas para la infancia. Este niño del Espacio Social II, para ser sano, en un extremo, tendría que dar cuenta de habilidades ligadas a la calidad de vida, una confluencia de habilidades y disposiciones que generan presiones cotidianas.

Puede hacerse una mención de una perspectiva teórica que acompaña en la interpretación de este fenómeno del niño del Espacio Social II, el niño comprendido en la lógica de la calidad de vida. En esta atmósfera de exigencias escolares y también sanitarias, puede decirse que hay tanto “malestar en la cultura” en la adultez como en la infancia. Desde el Psicoanálisis se plantea que la vida tendría que ser más fácil para el niño que para sus padres, ya que es necesario suspender para el niño todas las conquistas culturales. Esto no sucede cuando el Ideal del Yo se convierte en un Super Yo con exigencias inmediatas de éxito y pertenencia, cuando el tiempo de espera o juegos se transforma en rutinas y en obligaciones (Dueñas, 2011).

Como aparece en la bibliografía consultada sobre la historia de la medicina, se puede encontrar que desde tiempos remotos existen diferentes medicinas acorde a diferentes criterios. La distribución de los niños, en los diferentes espacios sociales, determinaría un criterio de distinción en la actualidad de lo estudiado. De tal manera y de modo hiperbólico aparece la idea de una medicina para ricos y una medicina para pobres (Bunge, 2012; Stolkiner, 1987).

A pesar de las políticas y discurso que establecen que la educación y la salud es para todos. Este estudio pone en evidencia que en el campo de infancia se encuentran diferencias. El origen de estas diferencias no se explicita con claridad en las representaciones, se justifica por un entramado de recursos y condiciones. La contradicción está en que se reconocen diferentes patologías y problemáticas, pero en la etiología de la enfermedad, el paradigma bio-genético sigue teniendo protagonismo. Las diferencias entonces no serían estrictamente biológicas. Desde hace tiempo que se estudia esta discusión, el sociólogo estadounidense Du Bois analizó que las distinciones entre la salud de los negros y la de los blancos, en Estados Unidos, no tenían su causa en diferencias biológicas sino sociales y culturales (Du Bois, 2013). Estudios locales por otro lado, describen que las enfermedades son potenciadas por la desigualdad, como se expresa en los estudios realizados por el Centro Cochrane Argentino (Esteban, 2016). De tal modo que las diferencias con impacto en los cuadros patológicos no son de índole genética o biológica, sino que es la participación en determinado espacio social lo que condiciona,



no sólo como uno es percibido, también en como las enfermedades se desarrollan y se tratan.

Se puede constatar, que las ideas del darwinismo social, que forman parte del marco teórico desde el origen de la Pediatría, todavía se expresan en la actualidad. El inglés George Still (1868-1941), considerado el “primer pediatra”, registró “estigmas de degeneración” en los niños, y sostuvo que el control moral era un rasgo reciente de la evolución humana (Bianchi, 2015). En la actualidad se reconocen problemas particulares, diferentes modos de desarrollo, pero en el análisis de las coyunturas y en la lógica de los tratamientos, la medicalización e individualismo, al tomar como eje el cuerpo y su biología, son consonantes con aquella lucha contra la “degeneración”.

La clase social puede constituirse en un factor limitante de la capacidad de los individuos para elegir libremente (Castiel & Dardet Díaz, 2010). Cuando docentes y médicos manifiestan la falta de responsabilidad de los padres, es imprescindible entender, que para que haya “responsabilidad”, tiene que haber una comprensión de las consecuencias de todos los actos referentes a la salud. Si la responsabilidad sobre el conocimiento acerca de los cuidados, si el lugar del “saber” se encuentra situado en la formación profesional, pero por el otro lado, la carga de responsabilidades se deriva a los encargados de crianza, la falta de sincronización de esfuerzos, conocimiento y responsabilidades, podría generar conflictos. Por un lado, se tendría el “lugar del que sabe”, sitio de conocimientos verdaderos acerca de cómo tiene que desarrollarse un niño y como actuar en caso de alguna patología en particular, y por el otro, está “el lugar del responsable” que en virtud de su disponibilidad de recursos tiene que actuar como puede y sabe.

Se pudo interpretar que, en los enunciados de los médicos, no existen teorías explícitas o posicionamientos metodológicos referenciales para pensar la salud. Este criterio a-teórico es similar al que presentan los manuales de diagnóstico de trastornos y patologías utilizados, como por ejemplo el referido DSM, en sus diferentes versiones. Existen asociaciones conceptuales, el conocimiento de técnicas, exposición de procedimientos a partir de una relación establecida entre signos y síntomas observados. No se explicita una teoría como sistema conceptual organizado ni una conciencia metodológica que se posicione ontológica y epistemológicamente; aparece más que nada, una agrupación de términos que se autojustifican con la acumulación de datos observados. Más allá de las representaciones y las prácticas médicas, en todos los grupos estudiados, las dimensiones de trabajo sobre la salud y enfermedad son enmarcadas en cuestiones de voluntades individuales. Ante esto, los modos de tratamiento y la concepción sobre las causas de las problemáticas, se centran exclusivamente en los límites de las acciones

particulares, ya sea de los padres, ya sea de los niños o los médicos. - “Él es incontrolable”- dice un padre del Espacio II, - “Si la madre no lo cuida”- dice un profesional de salud del Espacio I, - “Este niño tiene problemas para adaptarse”-dice una docente del Espacio I. Poco se menciona a la hora de distribuir responsabilidades el rol de otras dimensiones que participan de la configuración de ese acto, desde las políticas públicas educativas o de salud, las pedagogías, las lógicas institucionales, hasta las políticas sociales, formas de implementación y estrategias grupales de afrontamiento. En las representaciones generales, todo el marco de las acciones sobre salud infantil depende de decisiones voluntarias de individuos, o de capacidades personales en concreto. La libertad de acción de los sujetos dispondría de todos los medios posibles para cuidar y tratar a la infancia, de aquí que una problemática de salud del niño es una irresponsabilidad de un actor en particular, que vive en reconocidas condiciones.

Gran parte de las líneas de investigación actuales en problemáticas infantiles centran sus esfuerzos directamente sobre el niño y su desarrollo. En un paroxismo de esta situación, las problemáticas sanitarias del niño y las posibilidades de solución se centrarían en los límites de su corporalidad. De aquí la importancia de exponer el conjunto de posibilidades en las que estos cuerpos se desarrollan, de gran influencia en los modos de enfermar y curar; y de conocer el como las tendencias tradicionales presentan limitaciones.

La culpabilización de un estilo de vida o de un habitus de clase, desde el cual las personas construyen sus modos de estar en el mundo, sus modos de percibir, sus gustos y sus esquemas de disposiciones, no resultaría una estrategia eficaz para las intervenciones en salud ni para el reconocimiento de problemáticas (Pierre Bourdieu, 2007). Las causas de determinada enfermedad se plantean en función de culpabilizar a un individuo o directamente a su coyuntura social.

Esta culpabilización de los individuos en sus cuerpos y actitudes, produce efectos no deseables. Doddss (2002 en Castiel & Diaz, 2010) afirma, en un estudio sobre la prevención del HIV, que los mensajes culpabilizantes no estimulan a que las personas se interesen por la situación amplia de la epidemia, provocando consecuencias en la prevención. En el discurso de los profesionales de salud y en el de docentes, se encontraron expresiones características en relación a la supuesta responsabilidad de los encargados de crianza de las enfermedades de los niños. Las ideas de que muchas madres

actúan “pasivamente”, o se “preocupan poco” con respecto a la situación de sus hijos, es un ejemplo. Cuando esta inquietud se informa directamente, desconsiderando el impacto cultural de un mensaje en un “guión culpabilizador oculto”, se podrían generar daños emocionales y respuestas reactivas a la prevención e incluso a los cuidados, tal como lo demuestran estudios del campo de la antropología de la salud en casos de prevención del colesterol (Sachs, 1996). Se puede volver entonces sobre estas categorías que sostienen estos últimos párrafos: por un lado, la responsabilización del individuo o de un espacio social, la desconsideración operativa de las deficiencias de un sistema general de salud, la culpabilización de los hábitos de clases y un modelo de salud que trabaja con conductas individualizadas de un sujeto fundamentalmente biológico.

Al interpretar este complejo parapeto de representaciones y prácticas de actores específicos, describimos conocimientos, actitudes y comportamientos condicionados por instancias sociales y culturales. Ninguna responsabilidad atribuida o asumida, se encuentra aislada de un juego de relaciones de poder. Ningún individuo está aislado ni de su grupo ni de su espacio social. A su vez, este espacio social no se encuentra aislado de los otros ni de las posibilidades que recibe en un entramado económico y cultural. Las reacciones de los grupos, en el orden del conocimiento y de las prácticas, se argumentan por la pertenencia a un espacio social y las responsabilidades asignadas deben entenderse en una compleja red de encuentros y desencuentros de esquemas de conocimientos y prácticas establecidas.

Si bien los esquemas descriptos del sentido común, pueden ponerse en reflexión a través de un análisis crítico, analizando los significados sociales con los que los sujetos trascurren en lo cotidiano, es necesario exponer algunas contradicciones a las que las posiciones de los actores se encuentran sometidas. La discusión está en cómo negociar una perspectiva moral sanitaria, que establece un orden de buenas y malas conductas, con estilos de vida promovidos masivamente a todos los espacios sociales. La doble amenaza de quedar, por un lado, por fuera del sistema de consumo, y por el otro, por fuera de las garantías de la salud y de la educación, coloca a la población en una situación de conflicto permanente. Gran parte de las patologías que se diagnostican en la infancia podrían tener sentido en relación a las actitudes que el mismo sistema demanda para los niños en cada espacio social, desde el movimiento continuo, los excesos en el consumo, los trastornos alimenticios, la atención volátil, los modos violentos para la resolución de conflictos... A su vez, se ha visto como en algunos espacios sociales, el acceso a información, conocimientos, diferentes perspectivas profesionales, utilización de herramientas

específicas, se ven limitadas por las condiciones mismas del espacio social (Temporetti, Augsburger, Bertolano, & Enría, 2008). En tensión con estos recursos están las influencias de la cultura actual y el rol que se promueve para las infancias, y como estas propuestas encuentran anclaje en los que la acompañan su desarrollo.

La pertenencia a distintos espacios sociales sitúa a los sujetos, en este caso a los niños y niñas, no sólo en un ambiente que posee un número definido de recursos materiales y variables formales, sino también representaciones sociales de todos los actores que participan del conglomerado de símbolos y signos en los que crecen y se desarrollan. Estas representaciones definen las capacidades posibles, presentan un modelo de niño esperado, reconocen las potencialidades y los límites, e instrumentan prácticas relativas a las condiciones de ese contexto. Los objetivos difieren, los proyectos se confeccionan presentando la lógica de un pensamiento que anticipa y calcula esfuerzos, naturaliza dificultades, espera déficits y privilegia un modelo cultural por sobre otro.

#### Referencias bibliográficas

- Achili, E. (2005). *Investigar en Antropología Social. Los desafíos de transmitir un oficio*. Rosario: Laborde.
- Adorno, T. H., & Horkheimer, M. (1998). *Dialéctica de la Ilustración*. Madrid: Trotta.
- American Psychiatric Association., Kupfer, D. J., Regier, D. A., Arango López, C., Ayuso-Mateos, J. L., Vieta Pascual, E., & Bagney Lifante, A. (2014). *DSM-5: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (5th ed.). Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Benjamin, W. (1973). *Tesis sobre la historia*. Madrid: Taurus.
- Bianchi, E. (2015). Infancia, normalización y salud mental: figuras históricas y encadenamientos actuales en la formulación del trastorno por déficit de atención e hiperactividad. *História, Ciências, Saúde*, 22(3), 761–779.
- Bleichmar, S. (2008). *Violencia social-violencia escolar: De la puesta de límites a la construcción de legalidades*. Buenos Aires: Noveduc- Colección Conjunciones.
- Bourdieu, P. (2007). *El sentido práctico*. Buenos Aires: Siglo XXI Editores.
- Bourdieu, P., & Passeron, J. C. (1970). (1970). *La reproducción*. Barcelona: Paidós.
- Bruner, J. (2014). *Educación puerta de la cultura*. Madrid: Machado Nuevo Aprendizaje.
- Bunge, M. (2012). *Filosofía para médicos* (Primera). Buenos Aires: Gedisa.

- Burman, E. (2013). Entre dos deudas: niño y desarrollo (inter)nacional. *Teoría y Crítica de La Psicología*, 3, 3–19.
- Bustelo Graffigna, E. (2005). Infancia en Indefensión. *Salud Colectiva*, 1, 253–284.  
Retrieved from [http://www.scielo.org.ar/scielo.php?pid=S1851-82652005000300002&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.org.ar/scielo.php?pid=S1851-82652005000300002&script=sci_arttext)
- Castiel, L., & Dardet Díaz, C. (2010). *La salud persecutoria: los límites de la responsabilidad*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Chartier, R. (1996). *Escribir las prácticas. Foucault, de Certeau, Marin* (1st ed.). Buenos Aires: Manantial.
- Corvalán, F. (2013). Repensando las prácticas de salud y educación en las complejidades sociales. Descripción y análisis de una metodología de investigación acción participativa. *Psicogente*, 16, 197–208.
- Corvalán, F. (2016a). Actitudes docentes acerca de la Asignación Universal por Hijo. Estudio comparativo (2010-2013). *Ciencia, Docencia y Tecnología*, 27(52), 295–318.
- Corvalán, F. (2016b). Actitudes docentes acerca de la Asignación Universal por Hijo . Estudio comparativo ( 2010-2013 ). *Ciencia, Docencia y Tecnología*, 27, 117–140.
- Dewey, J. (1989). *Como pensamos*. Barcelona: Paidós.
- Du Bois, W. E. B. (2013). El estudio de los problemas de la población negra. *Revista CS En Ciencias Sociales*, 12. Retrieved from [https://www.icesi.edu.co/revistas/index.php/revista\\_cs/article/view/1675/2796](https://www.icesi.edu.co/revistas/index.php/revista_cs/article/view/1675/2796)
- Dueñas, G. (2011). *¿Niños o síndromes? La patologización de la infancia*. Buenos Aires: Noveduc.
- Esteban, P. (2016). Cuando la desigualdad enferma. Página 12. *Página 12*. Retrieved from <http://www.pagina12.com.ar/diario/ciencia/19-292120-2016-02-10.html%0A>
- Geertz, C. (1990). *La interpretación de las culturas*. Barcelona: Gedisa.
- Montero, M. (1994). *Construcción de la Psicología Social*. Barcelona: Editorial Anthropos.
- Mora, M. (2002). La teoría de las representaciones sociales de Serge Moscovici. *Athenea Digital*, (2), 1–25. <https://doi.org/10.5565/rev/athenead/v1n2.55>
- Moscovici, S. (1979). *El psicoanálisis, su imagen y su público*. Buenos Aires: Editorial Huemul S.A.
- Rossi Beati, B., & Sagastizabal, M. (2008). *Del Enseñar y el Aprender. Observatorio sobre las representaciones sociales del alumno, la escuela y el docente*. (UNESCO

- & CONICET, Eds.). Rosario: UNR Editora.
- Sachs, L. (1996). Causality, responsibility and blame- core issues in the cultural construction and subtext of prevention. *Sociology of Health & Illness*, 18(5), 632–652.
- Stavenhagen, R. (1992). Como descolonizar las ciencias sociales. In *La investigación y la acción participativa. Inicios y desarrollos*. Madrid: Editorial Humanitas.
- Stolkiner, A. (1987). Distintos paradigmas de salud, sus instituciones y el psicólogo en ellas. *Revista Salud y Sociedad*, Agosto, 25–31.
- Temporetti, F., Augsburger, C., Bertolano, L., & Enría, G. (2008). *SALUD MENTAL EN LA INFANCIA. ESTUDIO EPIDEMIOLOGICO DE LA POBLACIÓN 3-13 AÑOS EN LA CIUDAD DE ROSARIO*. Rosario.
- Vigotsky, L. S. (2007). *Pensamiento y habla* (1st ed.). Buenos Aires: Colihue.
- Walsh, R. (2007). *Operación Masacre*. Buenos Aires: Ediciones de la Flor.
- Wundt, W. (1912). *Elementos de la Psicología de los Pueblos*. Madrid: Biblioteca Científico Filosófica.

## Capítulo 10. Consideraciones finales de la tesis

### I. La pobreza como campo simbólico y material

En el último prólogo que Bruner escribió de su libro “Educación: Puerta de la Cultura”, se despliegan estadísticas con respecto a la distribución inequitativa de la riqueza en los Estados Unidos (Bruner, 2014). Uno de los sentidos, que puede interpretarse de este prólogo, es que no puede haber una teoría sobre educación que se desinterese del sistema político y económico vigente y las condiciones de los sujetos. En la Argentina es la infancia el sector más golpeado por la pobreza. Diferentes estadísticas sostienen que los niños y los jóvenes pertenecen a los sectores de mayor vulnerabilidad (Birenbaum, 2017). Según una de estas mediciones, entre el 2016 y el 2017 la pobreza infantil pasó del 60,4% al 62,5%, es decir, creció un 2,1%. Esto significa que en la Argentina hay 8 millones de niños con algún tipo de privación en su vida diaria (Tuñón & Poy, 2017). Estas variables también se expresan en el terreno de las oportunidades educativas, este informe citado del Observatorio de la Deuda Social de la Universidad Católica Argentina (UCA), manifiesta que el 19% de los niños de 4 a 17 años, en 2017, registra privaciones en el campo de la educación. Si bien entre 2010 y 2014 se registraron progresos a nivel de las privaciones moderadas relacionadas con aspectos de las ofertas educativas, a partir del 2015, el déficit educativo se mantuvo estable en torno a un 18/19% (Dinatale, 2018). Entre otros datos, de este mismo estudio, se encuentra que el 19,5% de la población infantil registra déficit en términos de acceso a tecnologías de la información y que el derecho a la salud se ve afectado en el 23,3% de la población infantil.

Luego de esta investigación se han alcanzado resultados que describen el campo simbólico en el cual las infancias se desarrollan. Este campo de representaciones, conocimientos y concepciones, no se desvincula del campo material de los espacios sociales. A través del análisis de las investigaciones previas y del material empírico se constata que las representaciones sociales de salud y enfermedad infantil presentan notables diferencias acorde a los espacios y que a estas diferencias de concepciones se le complementan diferencias materiales. La reproducción de lógicas de dominación social no se reduce a una cuestión de privación de capital económico. La infancia del Espacio Social I, como se describió, no solamente está privada de medios materiales, sino también de expectativas de clase en código de salud o enfermedad y sus modos de tratamiento.

Pero el “niño que sobrevive” no es el único que se encuentra en situación de vulnerabilidad y de amenaza en su proyecto de vida. La calidad de vida, que aparece como exigencia en el niño que dispone de condiciones materiales óptimas, se instala a fuerza de patrones de consumo, de influencias del mercado farmacéutico y de ideales de pertenencia

de clase que alejan a esta infancia de los momentos de espera y de cuidados desinteresados. Por un lado, las categorías referidas al permanecer con vida que surgieron del material empírico: pesar y medir bien, estar controlado, crecimiento normal, subsistir... Por el otro sector, las categorías que expresan una expectativa diferente hacia la infancia: desarrollo esperable, competencias múltiples, despliegue emocional, habilidades sociales.

En esta tesis se han expuesto las unidades de análisis significantes más representativas de las entrevistas de los dos espacios sociales y de los actores con los que se trabajó. Fragmentos de entrevistas que han sido interpretados en función de otras entrevistas y de observaciones. El objetivo de esto fue el de privilegiar las instancias específicas en donde los enunciados permitieron avanzar con los supuestos y categorías planteadas a partir del análisis. El desarrollo o exposición total de las horas de entrevistas no habría hecho más que obstaculizar la lectura en demérito de las conclusiones hasta aquí expuestas. El material sobrante, que además cuenta con resultados de observaciones de campo durante más de cuatro años en los dos espacios sociales, queda a disposición para nuevas investigaciones y futuras hipótesis.

## II. Líneas de investigación que se abren a partir de este estudio

En los antecedentes de investigación del campo infantil, uno de los vicios recurrentes, involucra el excluir la propia voz de los niños sobre sus procesos y situación específica. Sería de gran interés diseñar una investigación sobre la salud y enfermedad infantil considerando los relatos de los niños. Para esto se requeriría de un diseño que contemple resguardos éticos y un cuidado extremo para el despliegue de las técnicas. Cabe mencionar que para la realización de este estudio fue necesario un trabajo previo de acercamiento progresivo a las poblaciones. El ingreso a las instituciones escolares requiere de autorizaciones y para el acceso a los hogares del Espacio Social I se necesita de un conocimiento exhaustivo de las condiciones del lugar. Para un futuro trabajo que involucre a la perspectiva de los propios niños será clave la generación de un mejor vínculo de confianza entre el investigador y los responsables del niño.

Otra línea de investigación, que se genera a partir de lo estudiado, tiene que ver con la diferenciación de género que especifique alguna divergencia entre la salud de un niño o de una niña. Esta diferenciación no apareció en los enunciados, los actores no especificaron diferencias en la salud infantil acorde al género ni han manifestado cuestiones vinculadas a la sexualidad específica de cada género. Pareciera que la representación de infancia no tiene correspondencia con una diferenciación de este estilo. Una perspectiva de género sí apareció en la temática referente a los encargados de crianza,



vinculada exclusivamente a una cuestión de mujeres en el Espacio Social I y a una cuestión compartida en el Espacio Social II. También es de destacar el rol de la mujer en la asunción de las funciones educativas. En la educación inicial prácticamente no hay presencia de hombres en el rol docente. Entonces, investigar las representaciones de salud infantil de los actores, en función de la diferencia de género, o bien, la cuestión de género en la representatividad de los actores educativos de la ciudad Rosario, merece estudiarse. Esto último permitirá deconstruir esquemas que vinculan la docencia infantil exclusivamente con una función femenina.

Por último, lo que se posibilita a estudiar a partir de este trabajo, tiene que ver con un posicionamiento metodológico que integre en el estudio de las representaciones sociales, una perspectiva antropológica y cultural. Para comprender el sentido común de un grupo específico es importante comprender las tensiones y el entramado de prácticas.

#### Referencias bibliográficas

- Birenbaum, A. (2017). Medición del Observatorio de la Deuda Social Argentina de la UCA en base a nuevos parámetros de estudio que miden la pobreza multidimensional ” en la tercera economía de América Latina. *Cielo Laboral*, 1–3.
- Bruner, J. (2014). *Educación puerta de la cultura*. Madrid: Machado Nuevo Aprendizaje.
- Dinatale, M. (2018). Según la UCA, la pobreza infantil aumentó al 62,5% y hay 8 millones de niños privados de algún derecho - *Infobae*. Retrieved May 8, 2018, from <https://www.infobae.com/politica/2018/04/29/segun-la-uca-la-pobreza-infantil-aumento-al-625-y-hay-8-millones-de-ninos-privados-de-algun-derecho/>
- Tuñón, I., & Poy, S. (2017). *Infancias en situación de pobreza multidimensional. Análisis comparado de diferentes metodologías de cálculo de la pobreza para el caso de las infancias en la Argentina en el período del Bicentenario (2010-2016)*. (Fundación Universidad Católica Argentina, Ed.) (1st ed.). Buenos Aires.